

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N°308

Le CANCER de la TÊTE du PANCRÉAS sans ICTÈRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Avril 1931

PAR

Boris Ivanoff RAPONSKY

Diplômé d'hygiène et de microbiologie

Né le 22 Avril 1903, à VILKOVA-SLATINA, Ferdinand (Bulgarie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**LE CANCER DE LA TÊTE
DU PANCRÉAS SANS ICTÈRE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N°308

Le CANCER de la TÊTE du PANCRÉAS sans ICTÈRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Avril 1931

PAR

Boris Ivanoff RAPONSKY

Diplômé d'hygiène et de microbiologie

Né le 22 Avril 1903, à VILKOVA-SLATINA, Ferdinand (Bulgarie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM	PIC
Cliniques chirurgicales		PAVIOT
		TIXIER
		BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements		VORON
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants		MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes		VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires		GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		CLUZET
Chimie biologique et médicale		FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie		MOREL
Matière médicale et Botanique		BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GUIART
Anatomie		LATARJET
Histologie		POLICARD
Physiologie		DOYON
Pathologie externe		VALLAS
Pathologie interne		FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales		CADE
Anatomie pathologique		FAVRE
Chirurgie opératoire		PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		ARLOING (F.)
Médecine légale		Etienne MARTIN
Hygiène		COURMONT (P)
Thérapeutique		SAVY
Pharmacie et Pharmacologie		IEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie		PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM.	THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance		RHENTER
Chirurgie expérimentale		TAVERNIER
Applications du radium		NOGIER
Stomatologie		TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POILLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, président ; CORDIER, assesseur ;
DUMAS et DUFOUT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Ils n'ont rien épargné pour donner
à leurs enfants une instruction autre
que la leur.

Je leur dédie ce modeste travail,
bien faible témoignage de ma grati-
tude et tendresse filiale.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

Avec toute ma tendresse et affection
fraternelles.

A TOUTE MA FAMILLE, MES AMIS ET CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PIC

Professeur de clinique médicale de l'Université de Lyon

Il fut notre premier Maître dans les
Hôpitaux de Lyon.

Nous le remercions pour le grand
honneur qu'il nous fit d'avoir accepté
la présidence de notre Jury. Nous pro-
fitons de l'occasion pour lui exprimer
toute notre reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER

Médecin des Hôpitaux

C'est lui qui nous a inspiré ce travail et nous a guidé de ses conseils.

Nous lui renouvelons l'expression de notre gratitude.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR AUGUSTE LUMIERE

Membre correspondant de l'Académie des Sciences

Nous l'avons souvent importuné. Toujours il nous a reçu avec la bonté et nous a donné de bons conseils. Qu'il soit ici très sincèrement remercié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARDOT

*Professeur de Physiologie générale
à la Faculté des Sciences de Lyon*

Nous sommes resté un an dans ses laboratoires. C'est lui qui nous a appris l'importance des connaissances biologiques pour le développement de la Science médicale.

Nous le remercions de tout notre cœur.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

LE CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS SANS ICTÈRE

Introduction

L'évolution de l'étude du cancer du pancréas est très caractéristique par la succession des différentes descriptions.

Pour mieux comprendre cette évolution, nous diviserons son étude en 1° étape avant Bard et Pic, 2° étape Bard et Pic et 3° étape après ces auteurs. Ceci ne surprendra pas le lecteur, car, ainsi que nous le verrons, l'étude de cette affection a subi une accélération énorme après ces auteurs, alors qu'avant eux elle n'existait pour ainsi dire pas.

AVANT BARD ET PIC

Jusqu'au xviii^e siècle la pathologie du pancréas n'était pas connue et en particulier le cancer était ignoré. Lorsqu'une tumeur était découverte à l'autopsie, on lui donnait toujours le caractère métastatique. Pendant le cours de la maladie, les médecins faisaient le diagnostic soit d'une lithiase biliaire, soit

de cancer de l'estomac, du pylore ou du duodénum, soit de troubles digestifs, soit d'autres maladies.

Ce n'est qu'en 1836 que Mondière publie la première observation en France du cancer du pancréas, puis d'autres observations ont suivi celle-ci, mais c'était des découvertes plutôt anatomiques, que des descriptions pathologiques.

Plus tard Ancelet, en 1866, publie une observation qui démontre d'une façon irréfutable l'origine primitive du cancer du pancréas.

Après cette observation, de nouveaux cas ont été publiés et en ce moment apparaissent les thèses de Bonnamy 1879, Sallès 1880, Madres 1883.

Ce n'était cependant que des observations et nullement des données symptomatologiques. La vraie pathologie du cancer du pancréas commence à apparaître avec la thèse de Vernay en 1884, inspirée par le Professeur Tripier. Dans sa thèse l'auteur décrit le cancer de la tête du pancréas seulement, description très sommaire, très obscure, sans type clinique bien défini. Vers la même époque nous lisons dans le Dictionnaire de Jacoud un article de Mollière et dans le Dictionnaire Encyclopédique un autre d'Arnozan.

C'est à Bard et Pic que revient le mérite d'avoir, les premiers, donné une description clinique précise et nette, ce sont eux qui ont donné une grande impulsion dans l'étude du cancer du pancréas. Ainsi ils ont imprimé leurs noms sur l'histoire de l'étude de cette maladie, en décrivant le syndrome qui porte leurs noms.

DESCRIPTION DE BARD ET PIC

Dans la description du cancer du pancréas, les auteurs n'étudient que celui de la tête du pancréas, considérant les cancers des autres parties de cette glande comme très rares.

Pour Bard et Pic, « le cancer du pancréas a une individualité propre, tant par sa symptomatologie clinique, que par sa nature anatomique ».

Au point de vue clinique, le premier symptôme et le plus important est l'ictère. C'est lorsque l'ictère apparaît que l'attention du malade est attiré. Souvent on ne trouve aucun autre signe avant son apparition. C'est un ictère progressif qui une fois installé, ne rétro-cède plus ; ictère qui se fonce de plus en plus. C'est un symptôme constant toutes les fois qu'il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas.

Aussi important et constant est le symptôme grosse vésicule. Pour Bard et Pic l'envahissement de la glande pancréatique entraîne une augmentation de la vésicule biliaire par une obstruction des voies biliaires et c'est ainsi qu'ils expliquent ces deux symptômes. C'est le cholédoque surtout qui est comprimé, étant donné qu'il est en contact direct avec le pancréas, puisqu'il traverse la tête de celui-ci.

« Le foie est ordinairement dur, on sent son bord tranchant, mais il est toujours petit, ou tout au moins peu augmenté de volume. Jamais le foie n'est hypertrophié. »

Pour compléter leur syndrome, les auteurs décrivent aussi la cachexie. C'est une cachexie très rapide, qui emporte le malade au bout de quelques mois.

En dehors de ces symptômes qui priment, pour ainsi dire, la pathologie du cancer du pancréas, les auteurs décrivent d'autres symptômes, qui sont moins importants et qui ne sont pas aussi constants.

L'albuminurie est presque constante, une hypotermie, les selles graisseuses, les douleurs épigastriques, etc...

Anatomiquement la tumeur siège presque toujours à la tête du pancréas, de volume variable, allant d'un œuf de pigeon au volume du poing. Le cholédoque et le canal de Wirsung sont englobés dans la tumeur et comprimés. Les deux canaux dilatés en amont.

A l'examen microscopique on reconnaît deux types de néoplasme : l'épithélioma glandulaire et l'épithélioma canaliculaire ou excrétoire. Le premier est beaucoup plus fréquent que le second.

APRÈS BARD ET PIC

L'étude de Bard et Pic a servi comme un vrai accélérateur dans l'étude du cancer du pancréas. Si avant ces auteurs, cette affection était ignorée dans l'immense majorité des cas, après leur mémoire les observations se sont considérablement multipliées et l'étude devenue de plus en plus complexe.

Les auteurs ont remarqué que dans beaucoup d'observations les symptômes que décrivaient Bard et Pic n'étaient pas toujours présents ou que en dehors de ces symptômes, il y en avait d'autres, aussi importants que ceux déjà décrits, qui donnaient un autre tableau clinique que celui décrit par les classiques.

C'est ainsi que furent créées des formes anormales de cancer du pancréas. Alors que Bard et Pic écrivent que dans le cancer du pancréas il n'y a pas de glycosurie, Caron en 1889, c'est-à-dire un an après ces auteurs, signale des cas de cancer du pancréas avec glycosurie.

Plus tard, Parisot écrit que non seulement la glycosurie existe dans le néo-pancréatique, mais qu'elle est fréquente et de ce symptôme il fait une forme clinique.

Dans son article « Cancer primitif du pancréas », Mirallié étudie la question de la glycosurie et démontre nettement son existence en écrivant que c'est un symptôme constant au cours du cancer du pancréas. Si elle n'a pas été mise en évidence, c'est parce que l'examen des urines n'a été fait qu'à la phase terminale, alors que la glycosurie apparaît au début pour disparaître à la fin de la maladie. Autrement dit, pour Mirallié il y a une phase glycosurique au début et une phase non glycosurique à la fin de la maladie, avec durée de chacune d'elles très variable.

D'autres auteurs ont remarqué que dans le cancer pancréatique toute la symptomatologie se manifestait par des douleurs. Lucron, en 1893, avait déjà signalé cette particularité sans s'occuper de savoir s'il s'agissait de cancer de la tête ou du corps du pancréas.

C'est ce symptôme qui a servi à Chauffard plus tard (1908) à individualiser le cancer du corps du pancréas.

CANCER DU CORPS DU PANCRÉAS

Si Bard et Pic écrivaient que le cancer extracéphalique n'existe presque pas, les auteurs après eux ont remarqué que ce cancer, quoique plus rare que celui de la tête, pouvait se montrer dans des proportions relativement grandes. La statistique donnée par les auteurs démontre que pour 10 cancers céphaliques, il y a à peu près 2 extracéphaliques, dont le plus important est celui du corps.

C'est Chauffard qui a donné la description clinique de cette localisation sur le corps du pancréas.

Elle est caractéristique par les douleurs. C'est un symptôme qui est primordial et souvent unique. C'est une douleur par crises, spontanée, profonde, siégeant dans l'épigastre, médiane ou à gauche, mais il y a aussi des irradiations qui varient de siège, soit dans les fosses iliaques, soit dans les hypochondres, soit diffuses, dans tout l'abdomen. C'est une douleur souvent violente, mais le plus souvent supportable. La position du malade est en chien de fusil, visage anxieux, et agité, souvent il se fléchit en avant et cette position le calme. Les crises sont au début légères, pour devenir de plus en plus violentes, surtout après les repas.

L'état du malade fléchit rapidement et il est emporté en peu de temps. Le plus souvent la tumeur est imperceptible à la palpation abdominale.

Il y a aussi des troubles digestifs, mais pas toujours.

Ainsi la symptomatologie du cancer du corps du pancréas se réduit en douleurs abdominales continues

d'abord, par crise ensuite, avec des irradiations différentes et une cachexie rapide.

Outre les symptômes décrits plus haut, on a signalé la compression de la veine-porte ; compression de l'aorte, troubles de la nutrition, sténose pylorique, etc.

CRITIQUE DES DIFFÉRENTES DESCRIPTIONS

Comme nous l'avons vu, l'évolution de l'étude du cancer du pancréas a été très progressive. Jusqu'à la publication du mémoire de Bard et Pic, il n'y avait pas de description précise de cette affection. Ces auteurs ont découvert cette maladie pour ainsi dire. Si Vernay disait dans sa thèse qu'il n'existe pas des signes précis pour faire le diagnostic de cancer du pancréas, Bard et Pic émettent l'avis tout à fait contraire. Pour eux, le diagnostic de cancer du pancréas est facile pendant la vie.

Le symptôme ictère progressif, constant, qui se fonce de plus en plus, ne rétrocedant pas, est un symptôme capital pour le diagnostic.

Nous ne voulons pas nier l'importance de l'ictère dans le diagnostic du cancer du pancréas, mais il ne faut pas considérer cette affirmation comme absolue, car beaucoup d'auteurs ont publié des observations avec cancer de la tête du pancréas sans ictère. Ainsi Sallès cite 5 cas ; Dacota (1858), 24 sur 37 ; Segré, 35 sur 74.

Si au début de l'étude du cancer l'ictère avait un rôle primordial dans le diagnostic, il a perdu beaucoup de sa valeur première.

Pic et Tolot, en 1900, ont déjà décrit une forme

cachectique qui semble bien correspondre au cancer de la tête du pancréas sans ictère. Plusieurs observations ont été publiées dont quelques-unes nous ont servi pour notre thèse. Dans ces observations on note l'absence complète d'ictère.

En se basant sur les descriptions des classiques, les auteurs ont fait le plus souvent le diagnostic de différentes maladies et non pas de néoplasme pancréatique.

Certains des auteurs ont expliqué l'absence de l'ictère par la position anatomique de la tumeur par rapport aux voies biliaires, d'autres ont soutenu que c'est une forme latente, englobant dans cette forme les cancers avec ictère tardif, et Franke, en prenant en considération ce fait, conclut même que l'ictère, dans le cancer du pancréas, n'est pas un signe capital, c'est un signe tardif ; lorsque la tumeur a gagné les voies biliaires, l'ictère apparaît. Pour lui, les douleurs et l'amaigrissement sont les premiers symptômes.

Il est évident que l'existence de l'ictère est un symptôme d'une importance considérable pour affirmer le diagnostic de cancer de la tête du pancréas, mais l'absence de ce symptôme n'est nullement une preuve du contraire.

Si les classiques insistent sur l'ictère, c'est qu'à ce moment le cancer de la tête du pancréas n'était pas connu comme il l'est aujourd'hui et les observations que nous citons en sont la preuve.

De même que l'ictère n'est pas un symptôme constant dans le néoplasme céphalique du pancréas, le symptôme grosse vésicule peut également ne pas exister. Son volume peut se trouver non pas augmenté

mais normal et même dans certains cas diminué. La vésicule biliaire est intimement liée avec les voies biliaires, le cholédoque en particulier.

Pour qu'il y ait une grosse vésicule il faut que les voies biliaires soient comprimées. Or, comme nous l'avons vu, le cholédoque est souvent perméable et la bile s'écoule librement dans le duodénum, d'où absence d'accumulation de bile dans la vésicule et absence d'augmentation de son volume.

Ainsi dans les observations IX et XIII on note le petit volume de la vésicule biliaire.

D'autre part, dans une lithiase biliaire antérieure au cancer de la tête du pancréas, la vésicule biliaire est scléreuse et la modification de ses tuniques ne permet pas la distension de la vésicule dans une rétention postérieure.

Aussi faut-il dire qu'il n'est pas toujours facile de rechercher une vésicule biliaire hypertrophiée pendant la vie, souvent tout en étant augmentée de volume elle est cachée sous le lobe hépatique.

Un autre symptôme, qui a été trouvé par les classiques comme constant et auquel ils attachent une grande importance, est celui de l'état normal du foie. Pour eux, le foie n'est pas augmenté de volume, il est plutôt petit. Nous croyons que ce symptôme, comme les précédents, n'est pas absolu. Dans une observation personnelle chez un malade mort à l'hôpital de Vienne de cancer de la tête du pancréas avec ictère, à l'examen clinique nous avons noté : « on sent le bord tranchant du foie qui dépasse les fausses côtes de deux travers de doigts, on ne sent pas la

vésicule biliaire ». A l'autopsie que nous avons pratiquée, le foie était énorme sans métastases cancéreuses. Dans notre observation citée plus loin, le foie était aussi augmenté de volume, quoiqu'en proportions moindres.

De même dans les observations de MM. Cade et Cordier, le foie était gros.

Ainsi le volume du foie ne peut pas être un symptôme très significatif pour le diagnostic, étant donné que dans certains cas il est normal ou atrophié et dans d'autres hypertrophié.

La plupart des auteurs sont d'accord pour dire que la glycosurie n'est pas un symptôme d'une très grande valeur puisque dans la plupart des observations elle fait défaut. Ainsi, Bard et Pic ne l'ont jamais observée. Mirallié, sur 50 cas où elle a été recherchée, l'a trouvée 13 fois.

Cependant, comme dit Mirallié, si elle n'a pas été observée dans un nombre plus considérable d'observations, c'est parce que les recherches n'ont pas été faites au moment de sa présence. Comme le fait remarquer cet auteur, il semble bien que la glycosurie existe au début de la maladie et disparaît à la phase terminale, et pour constater sa présence il importe de la rechercher au début de la maladie.

Nous croyons que la glycosurie est un symptôme d'une grande valeur dans le diagnostic du cancer pancréatique et il faut toujours la rechercher surtout au début de la maladie.

Quant aux douleurs, nous croyons que ce symptôme ne peut pas être pris comme synonyme de cancer du

corps du pancréas, comme l'ont fait les auteurs cités. Nous savons très bien aujourd'hui que si ce symptôme existe dans tous les cas de néoplasme du corps du pancréas pendant toute la durée de la maladie, on le trouve très souvent dans le cancer de la tête et c'est ainsi que dans plusieurs observations citées dans la thèse de Grandmaison, le diagnostic a été porté sur un cancer du corps, alors qu'il s'agissait de cancer de la tête du pancréas, et ceci uniquement parce que les auteurs se sont trop basés sur ce symptôme pour faire le diagnostic.

Les autres signes au cours du cancer du pancréas décrits par différents auteurs comme compression de la veine-porte, compression de l'aorte, sténose pylorique, etc., sont moins fréquents mais souvent d'une grande importance. C'est sur la sténose pylorique que s'est basé l'auteur dans l'observation de Boramaki pour faire un diagnostic exact.

En résumé, les auteurs se sont trop basés sur des symptômes isolés pour affirmer un diagnostic précis. Nous croyons que cette manière de voir a été la seule cause d'erreurs de diagnostic dans la plupart des cas. Seule la synthèse des différents symptômes peut préciser le diagnostic. Pour cela il faut connaître ces symptômes. Il faut connaître les différentes manifestations du cancer du pancréas. La description des différentes formes jusqu'à aujourd'hui n'est pas suffisante, car, comme nous l'avons dit, si on a décrit les formes de cancer de la tête du pancréas avec ictère avec tous les détails possibles, le cancer sans ictère n'est presque pas étudié. Nous croyons que la descrip-

tion de Picot et Tolot sur la forme cachectisante de cancer de la tête du pancréas ne peut englober le cancer sans ictère dans toute sa pathologie.

C'est justement par l'absence d'une description précise sur cette forme que le diagnostic du cancer de la tête du pancréas a été erroné dans plusieurs cas. Pour combler cette lacune nous nous sommes occupé de cette question.

Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations dont quelques-unes sont avec autopsie complète. Personnellement nous avons eu l'avantage d'observer un cas typique de cette forme, vérifiée à l'autopsie.

CHAPITRE PREMIER

Observations

OBSERVATION I

(D^r CORDIER)

B. P..., âgé de 49 ans, entre dans le service du docteur Cordier, à l'Hôtel-Dieu, le 5 avril 1930. Rien dans ses antécédents héréditaires. Marié deux fois, sa première femme est morte de tuberculose pulmonaire ; sa deuxième femme bien portante n'a jamais eu de fausse couche et lui a donné deux enfants qui sont morts en bas âge, l'un de coqueluche, l'autre de broncho-pneumonie. Personnellement, il a toujours eu une bonne santé. Nie formellement la spécificité. Malgré un travail pénible, il ne se fatiguait pas et avait un bon appétit jusqu'en décembre 1929.

A cette époque apparaissent des douleurs épigastriques, anorexie non élective. Cependant il continua son travail jusqu'au mois de février 1930, lorsque les souffrances deviennent très accentuées, continues. Il n'avait pas d'hématémèse ni mœlène. A ce moment il consulte un médecin qui le met au régime végétarien.

Le malade *maigrit considérablement*, de 12 kilos, paraît-il, et, sur le conseil de son médecin, se rend à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, malade amaigri, apyrétique. L'examen relève :

111 1/2

pouls 76, tension artérielle ———. Tous les réflexes sont

7

normaux. Rien d'anormal aux poumons.

L'abdomen renflé, est mou, sans ascite, ni circulation complémentaire.

La rate n'est pas perçue. La matité hépatique est abaissée de 2 travers de doigt en dessous des fausses côtes.

Le lobe gauche est perçu très nettement.

La palpation presque indolore ne révèle pas l'aspect marbré.

En somme, on se trouve en présence d'un malade qui ne se plaint de *troubles gastriques* que depuis décembre dernier.

La constatation d'un foie gros permet d'envisager actuellement l'hypothèse de cirrhose ou de néo-gastrique. Le malade niant toute intempérance, de plus, le fait que le gros foie n'est pas de longue date nous oblige à nous incliner vers la seconde hypothèse.

Reste la possibilité d'une spécificité hépatique. Pour l'éliminer, un B. W. sera nécessaire.

Plus tard, le docteur Croisat, après un examen, note : Le malade présente avant tout une énorme *hypertrophie hépatique*, débordant largement les fausses côtes de 3 travers de doigt.

La masse hépatique est très dure ; on ressent le bord tranchant. D'autre part, la palpation est douloureuse. Il n'existe pas de nodosités marronnées, mais on a cependant l'impression de légère inégalité. La rate n'est pas perçue, ni à la palpation, ni à la percussion. Il n'existe pas de circulation collatérale, pas de météorisme. A noter la présence de deux petits ganglions, durs et indolores. La radioscopie, non plus que la palpation abdominale, ne révèle des signes gastriques ; d'autre part, le malade se plaint plus de *douleurs continues en ceinture droite* que de douleurs prendiales.

Il accuse un *amaigrissement* de 13 kilos depuis décembre dernier.

Il aurait présenté des petites épisodes dysentériques de quelques jours seulement. On ne relève *pas d'ictère*, plutôt un teint paille que jaune.

Pas de décoloration des matières. Pas de petits signes hépatiques.

Il semble, vu l'exiguïté des phénomènes diarrhéiques, que l'on doive éliminer l'hypothèse d'un foie amibien.

L'idée de cirrhose doit vraisemblablement être éliminée, vu l'absence de rate, de circulation collatérale, l'œdème des jambes. L'hypothèse d'un foie syphilitique solitaire n'est pas étayée par le contexte clinique : pas de stigmate de spécificité.

On ne se rallie pas très volontiers non plus à l'hypothèse d'un foie néoplasique secondaire, étant donné l'aspect assez régulier de la glande hépatique, l'absence de tout signe gastrique et, malgré la rareté du fait, on serait tenté d'invoquer l'idée de néoplasme hépatique primitif.

Le 15 mai, le docteur Cordier note : le malade présente depuis avant-hier des signes de phlébite du membre inférieur gauche, surtout au niveau de la veine poplitée, mais toute la saphène est en cause presque jusqu'au pli de l'aîne. Depuis 48 heures, l'état général s'est modifié : température le matin, 38° 2. Le foie qui, semble-t-il, avait diminué de volume, atteint de nouveau l'ombilic et le malade accuse une vive douleur avec un teint subictérique et des urines foncées. L'orientation vers une origine spécifique est abandonnée et celle d'un néoplasme se précise.

Le 19 mai 1930. — Depuis hier, on relève l'apparition d'une *phlébite du membre inférieur droit*.

22 mai 1930. — Apparition de subictère des conjonctives et d'épistaxis abondantes.

Epreuve de Dukes, 4445 ;

Coefficient de Maillard, 6.20 ;

Urobilinurie, nette ;

Hay, positif.

27 mai 1930. — Le malade fait dans la nuit du 26 au 27 mai un ictus par embolie à point de départ phlébique, avec paralysie faciale et hémiplegie droite.

28 mai 1930. — Exitus brusque.

Autopsie : Pas de liquide à l'ouverture du péritoine, pas de généralisation sur le grand péritoine. La surface hépatique présente des bosselures à type de noyaux secondaires. Le petit épiploon est également infiltré. Enfin on perçoit en profondeur une grosse masse qui semble répondre à la tête du pancréas.

Le *foie* est gros, pèse 3 kilos, crie sous le couteau. A la coupe, il existe des plaques blanchâtres d'infiltration néoplasique qui parsèment le parenchyme blanchâtre, légèrement scléreux.

Le *pancréas* présente le maximum de lésions au niveau de la tête. Il est dur, avec des pointes ramollies et de véritables cavernes. On rencontre également un nodule gros comme un petit pois très dur.

Le corps et la queue du pancréas sont envahis à un degré moindre. Il existe des ganglions rétro-pancréatiques et pré-vertébraux.

Le *cholédoque* n'est pas dilaté. Il peut être cathétérisé sur toute sa longueur. Il est souple et de *siège entièrement extra-pancréatique*. Il échappe ainsi à la compression.

La *rate* est grosse (400 gr.) et présente en surface une zone blanchâtre (infarctus ou métastase).

L'*aorte* ne présente pas de lésions syphilitiques.

Reins normaux (550 gr.).

Au *cœur*, sur la mitrale, on trouve de petites végétations dures qui ressemblent à celles retrouvées dans des endocardites terminales des tuberculeux.

Les *poumons* sont le siège d'œdème, sans dilatations bronchiques.

Dans cette observation on peut remarquer la marche extrêmement rapide du néoplasme. Les premiers signes apparaissent au mois de décembre et la mort du malade cinq mois plus tard. Comme premier symptôme nous voyons les douleurs.

" Dans le premier examen on note l'existence d'un gros foie, puis il diminue, pour reprendre, vers la fin, de nouveau ses premières dimensions.

Au cours de la maladie, on voit les difficultés qu'éprouvaient les médecins pour donner un diagnostic. Rien ne permettait la supposition d'un cancer du pancréas, A ce point de vue, nous devons remarquer que l'examen des urines n'a pas été fait et nous ne savions s'il y avait du sucre.

L'apparition de phlébite au membre gauche, puis au membre droit, est une autre particularité.

Comme le remarquent les auteurs, le cholédoque est extra-pancréatique, ce qui explique l'absence d'ictère et de la décoloration des matières.

OBSERVATION II

(LANGERON et DANES, *Lyon Médical*, 1928)

Il s'agit d'un homme de 68 ans qui entre à la Charité le 24 janvier 1928, pour amaigrissement et laryngite.

Il n'a pas d'antécédents pathologiques et en particulier il n'a jamais présenté, jusqu'en novembre 1927, d'affection pulmonaire.

A ce moment il commence à ressentir des *douleurs sourdes dans l'hémithorax gauche*, en même temps il commence à *tousser* et à *cracher* ; il *maigrit beaucoup* et perd ses forces.

Il n'a jamais présenté d'hémoptysies.

Il n'a pas d'anorexie, pas de *vomissements*.

L'aphonie s'est installée progressivement, mais rapidement. Elle date d'une semaine environ.

A l'examen, on se trouve en présence d'un malade très amaigri (53 kil. 500). L'examen du poumon ne révèle que

quelques sibilants disséminés et d'ailleurs rares. Il n'existe en particulier ni zone de matité, ni souffle.

On remarque tout contre la cicatrice ombilicale un *petit nodule* dur, indolore, mobile sur les plans profonds et sous la peau, du volume d'un pois. Il en existe un autre de même dimension et présentant les mêmes caractères à hauteur de l'épine de l'omoplate droite, et une dizaine d'autres plus petits disséminés le long de la ligne axillaire gauche.

Il n'existe aucune tumeur abdominale perceptible cliniquement, la palpation de l'abdomen est entièrement indolore. Le toucher rectal est négatif. *Le foie et la rate sont de dimensions normales.*

Le système nerveux est normal.

La tension est de 11/6 (Pachon, Manchette de Gallavardin).

Les urines ne contiennent ni *sucré* ni *albumine*.

La radioscopie montre une ombre pulmonaire gauche à point de départ hilair, envahissant à peu près le tiers du champ pulmonaire, ombre très homogène, très dense, à limites nettement tranchées.

L'examen laryngoscopique montre une *paralysie complète de la corde vocale*.

L'examen histologique des nodules entamés montre qu'il s'agit de métastases cancéreuses.

Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang. Les crachats ne renferment pas de bacilles de Koch.

Le malade meurt de *cachexie progressive*, le 4 février 1928.

L'*Autopsie* confirme l'existence d'une masse ganglionnaire du volume du poing, développée au niveau du hile du poumon gauche, envahissant en dehors le parenchyme pulmonaire.

Il existe en outre un cancer total du pancréas, celui-ci est uniformément augmenté de volume et d'une dureté ligneuse. *Le cholédoque passe entièrement en dehors de la tête du pancréas et n'est nullement comprimé, on le cathétérise facilement.* On note l'existence de deux nodules néoplasiques dans le parenchyme hépatique.

Le reste de l'autopsie est entièrement négatif.

L'examen histologique de la tumeur pancréatique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma total du pancréas de type glandulaire avec sclérose diffuse et intense.

La tumeur pulmonaire, les noyaux hépatiques et cutanés se sont révélés de même nature.

Dans cette dernière observation, le cancer du pancréas fut absolument latent. Rien ne le révélait : *ni ictère, ni douleur abdominale, ni tumeur perceptible, il n'y avait pas non plus de glycosurie.*

OBSERVATION III

(MARMOSTÈNE, *Revue de Médecine*, 1907)

S..., 51 ans, entre à l'hôpital le 17 avril 1906. Il y a 4 ans, troubles digestifs, perte de l'appétit, vomissements, diarrhée, perte des forces qui disparurent il y a quelque temps. Il y a quatre semaines, le malade éprouva pour la première fois des douleurs dans la région lombaire et la fesse droite, de plus en plus intenses et s'exacerbant au moindre mouvement et après l'alimentation.

Perte progressive des forces.

A l'examen : anémie. Rien d'anormal à l'appareil respiratoire et circulatoire. Foie débordant de 2 centimètres le rebord costal, douloureux au niveau du lobe gauche. Rate normale. Douleurs au niveau de l'anus. Rien au rectum. Douleurs fulgurantes et constriction extrêmement violente dans la région lombaire, la fesse droite, le scrotum. Hyperesthésie de la région lombaire droite.

Reflexes plantaires, actilléans, patellaires normaux. Reflexe crémastérien droit exagéré. Réflexes pupilliens normaux. Rien d'anormal du côté des nerfs craniens. Légère impotence des membres inférieurs, surtout pendant les crises douloureuses. Malade couché sur le côté droit, en chien de fusil. Pas de trou-

ble sphinctérien. Rien d'anormal du côté des urines et des matières.

Diminution du volume du foie.

Décès le 25 mai 1906.

Autopsie : Système nerveux normal. Cœur sain et poumons normaux. Dans l'abdomen, la tumeur du volume du poing, envahissant le pancréas tout entier, adhérente à l'estomac et au duodénum.

Cholédoque ne traverse pas la tête du pancréas perméable, exploré par une sonde. Canal de Wirsung oblitéré, son cathétérisme est impossible. Tumeur très adhérente au pilier du diaphragme et à la partie supérieure du psoas droit. Veine cave comprimée mais non obstruée, ses parois sont saines. Ganglions situés au niveau de l'aorte et de la veine cave augmentés de volume.

Tumeur adhérente au psoas gauche.

Foie atrophié, de couleur jaune, de consistance molle. Rate normale. Les reins sont sains. Estomac et intestin normaux. Prostate saine.

Examen histologique : Cellules épithéliales normales du pancréas remplacées par des amas de cellules d'un caractère différent, cubique ou cylindrique. Dans le tissu conjonctif, infiltration cellulaire intense. Même prolifération cellulaire au niveau du cou et de la tête. Au niveau de l'estomac et du duodénum, adhérent à la tumeur, les cellules cancéreuses n'existent que dans la tunique extérieure et dans la sous-séreuse. Muqueuse envahie seulement par le processus catarrhal. Il s'agit d'un cancer du pancréas ayant complètement détruit l'organe et propagé aux organes voisins : duodénum et estomac.

Infiltration cellulaire et développement du tissu conjonctif, une partie du tissu musculaire est atrophiée et dégénérée.

Infiltration cellulaire dans les nerfs du plexus lombaire.

Dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

OBSERVATION IV

(LESIEUR et GARIN, *Lyon Médical*, 1908)

Malade ayant maigri de 12 kilos en 8 mois, perte de l'appétit. Diminution considérable des forces. Quelques vomissements alimentaires. Pas d'hématèse ni de méléna. Après les repas, sensation de pesanteur et douleurs dans les lombes. Ces douleurs sont constantes, existant jour et nuit, exaspérées par la réplétion stomacale.

A l'examen, malade très amaigri, teint jaune terreux. Pas d'ictère. Râles humides au sommet droit.

A l'épigastre, on perçoit une tumeur relativement mobile, difficile à délimiter par la palpation. Pas de clapotage gastrique. Pas de signe de rétention stomacale.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Pendant le séjour à l'hôpital, amaigrissement très rapide, anorexie et dégoût pour les aliments gras ; quelques selles diarrhéiques.

Pas d'ictère. On pense à un cancer probable de la petite courbure.

A l'autopsie : tuberculose fibreuse du sommet droit.

Noyaux de généralisation hépatique.

Pancréas : la tumeur perçue à la palpation clinique siège sur la tête du pancréas, elle est dure, lisse, la coupe est blanchâtre, à l'aspect noduleux très net. Suc cancéreux au raclage.

Cholédoque non entouré par la tumeur.

Duodénum et estomac sains.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Gonzalès R..., vulcanisateur, âgé de 28 ans, entré à l'hôpital de Vienne le 4 octobre 1930 pour perte des forces et anémie. Père mort à l'âge de 60 ans par cirrhose du foie. Mère

souffrante d'une maladie nerveuse. Quatre frères et sœurs morts en bas âge.

Depuis l'âge de 6 ans, le malade présente des tuméfactions au cou, derrière l'oreille gauche et dans l'aisselle gauche. Ces tuméfactions ont augmenté de volume progressivement, mais jamais douloureuses. Après des massages prolongés, le malade prétend que les grosseurs disparaissent, puis réapparaissent de nouveau. Pendant la fièvre typhoïde que le malade a eu à l'âge de 25 ans, ces tuméfactions ont disparu spontanément pour réapparaître de nouveau après 4 mois.

Au mois de mai dernier, le malade entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour ses grosseurs dans le service du professeur Favre où il a subi le traitement par les rayons ultra-violets ; après ce traitement, les tumeurs ont diminué de volume. L'état du malade s'étant amélioré, il sort de l'hôpital et reprend son travail pour s'arrêter une semaine après. A ce moment, il commence à perdre considérablement ses forces, avec fièvre jusqu'à 40°. Jamais de vomissements ni diarrhée. Des douleurs abdominales continues. Perte de l'appétit et surtout grandes difficultés pour avaler les aliments.

Suivant les conseils de son médecin, il entre à l'hôpital.

A l'examen : malade très amaigri, cachectique, présentant un teint jaune paille. On aperçoit une grosseur dans la fosse sus-claviculaire gauche, le long de la veine jugulaire qui fait saillie. A la palpation on sent une masse grosse comme un œuf de pigeon avec d'autres masses tout autour, plus petites, qui remontent jusque derrière l'oreille. On voit également des tuméfactions de la même nature et symétriquement du côté droit, de dimensions moindres. Ces masses semblent adhérer aux plans profonds et de nature ganglionnaire.

A l'auscultation, on ne trouve rien d'anormal aux poumons, si ce n'est un léger souffle du côté gauche, mais qui ne semble pas indiquer un processus pathologique. Rien du côté droit.

Au palper abdominal, on trouve un ventre souple, avec un gros foie, dépassant les fausses côtes de deux travers de

doigt à droite. On provoque des douleurs très vives sur les fosses iliaques droite et gauche au niveau des première et deuxième lombaires, douleurs qui sont symétriques. On ne perçoit pas la rate.

Les réflexes rotuliens et pupilliens sont normaux.

Le malade urine beaucoup. Urines troubles, mais ni sucre, ni albumine.

A la radioscopie, rien d'anormal. En faisant avaler la soupe de barysulfate, on n'aperçoit pas de sténose de l'œsophage ; pourtant le malade dit n'avaler que des aliments liquides et avec beaucoup de difficultés. Après l'absorption des aliments, il se forme une boule dans son œsophage, dit-il, et aussitôt des renvois apparaissent.

Avant notre arrivée dans le service, le diagnostic était porté sur un cancer ganglionnaire primitif avec point d'interrogation. Devant ce tableau, il nous a été difficile de porter un diagnostic précis. Cependant nous avons cru que ce diagnostic ne pouvait pas expliquer notre cas, car d'une part, on ne comprend pas comment un néoplasme d'une si longue durée a épargné ce malade et, d'autre part, le cancer ganglionnaire primitif est exceptionnel s'il existe. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'une lymphangite.

Lés douleurs abdominales, que le malade avait présentées, et celles qu'on provoque dans les deux fosses iliaques, une cachexie qui a réduit le malade en squelette, la présence d'une tuméfaction assez mal perçue, d'ailleurs, dans l'épigastre, l'existence de troubles gastriques, nous a fait penser plutôt à un cancer du pancréas, malgré l'âge du malade.

Le malade sort de l'hôpital de Vienne le 4 février 1931 pour entrer de nouveau à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du professeur Favre.

Mort le 10 février 1931.

Autopsie : l'ouverture de l'abdomen montre un épanchement ascitique. Il existe un épanchement pleural bi-latéral, peu abondant. Adhérences pleurales des deux côtés, surtout à droite.

La palpation des viscères abdominaux montre une ulcération au niveau de la tête du pancréas, se continuant dans le petit épiploon et mésocolon transversal. Il existe de nombreux ganglions disséminés, gros ganglion trachéo-bronchique qui crie à la coupe, sans zone de ramollissement. On note l'existence d'une chair ganglionnaire latéro-aortique, surtout au niveau de la partie inférieure de l'aorte près de la bifurcation. Enfin de nombreux ganglions mésentériques.

Le petit épiploon est dur et infiltré. Les ganglions sous-hépatiques, rétro-pancréatiques et prespyloriques sont très augmentés de volume et adhérents.

La tête du pancréas est le siège d'une tumeur du volume d'une mandarine, située au niveau de la partie inférieure de la tête, s'étendant vers le corps, mais n'atteignant pas la queue.

Cette tumeur blanchâtre se continue directement avec le parenchyme glandulaire ; il n'existe pas de limites très précises entre les deux. Cette tumeur est plus dense que le pancréas lui-même. L'adhérence est peu marquée au duodénum qu'on dissèque assez facilement. L'infiltration lymphatique et les ganglions s'étendent tout autour de la tumeur. Rien de suspect au niveau de l'estomac et du tube digestif. La vésicule biliaire est petite.

Le foie : 1.870 gr., présente d'assez volumineux îlots de généralisation néoplasique. Il est parsemé de nodules de couleur blanc jaunâtre, plus durs que le tissu hépatique, qui garde une coloration et une consistance normales.

La rate : 270 gr., est grosse. Elle présente deux gros nodules gris jaunâtres et durs.

Cœur petit, 280 gr., de consistance molle. Ne présente aucune lésion endocardiaque. Epanchement péricardiaque citrin.

Poumons : Droit, 1.080 gr., gauche, 930 gr. normaux.

Reins : Droit, 240 gr., gauche, 210 gr. Un peu congestionnés. Pas de lésions parenchymateuses macroscopiques.

En résumé, l'examen montre une tumeur de la tête du pancréas, avec grosse généralisation lymphatique et noyaux secondaires dans le foie et la rate.

OBSERVATION VI

(PILLIET, *Bulletin Soc. Anat.*, 1888)

God... Jean, maroquinier, âgé de 42 ans, entre le 5 juin 1888 à l'hôpital de la Pitié, dans le service du Docteur Lancereaux.

Le malade entre pour des vomissements. Il ne peut donner des renseignements précis sur l'état de santé de ses parents. Lui-même était d'une bonne santé antérieure, mais depuis une vingtaine d'années, il boit de cinq à six litres de vin par jour, sans que sa santé en ait été troublée.

Il y a deux mois, il a commencé à avoir des aigreurs et des éructations amères, puis il s'est mis à vomir tous les jours ce qu'il prenait. Ces vomissements survenaient avant même qu'il eût fini son repas ou un quart d'heure après, une heure plus tard au plus. En outre, depuis quinze jours ou trois semaines, il a considérablement maigri.

Etat actuel : C'est un homme de taille moyenne ; la figure est amaigrie, les plis de la bouche sont accusés ; la teinte générale est grisâtre et terreuse, l'expression de la figure inquiète et fatiguée ; les bras et les jambes présentent des masses charnues minces et flasques. Le ventre est creusé en bateau, sa paroi est molle, on n'y trouve aucune tumeur à la palpation.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

A l'auscultation, petits craquements au sommet droit ; les bruits du cœur sont normaux.

Le malade accuse des pituites vertes, le matin en sortant du lit des crampes dans les mollets, des réveils en sursaut et des sueurs ; pourtant il a peu de cauchemars et dort assez bien. Un peu de diminution de la sensibilité aux extrémités inférieures.

Les urines sont acides. D. 1048 ; ni albumine, ni sucre. Température : 37°6. Poids : 110. Le malade dit qu'il pesait 128 il y a trois semaines. On soupçonne une affection de l'estomac.

Le 10 : Le malade n'ayant pas eu de vomissements depuis son entrée reprend le régime alimentaire ordinaire.

Le 12 : Vomit avec effort sa soupe une demi-heure après l'avoir prise.

Le 19 : Le malade continue à avoir des vomissements alimentaires abondants. Il rend son lait caillé, mélangé à des liquides verdâtres. Température normale. Régime lacté.

Le 20 : Vomissements abondants, couleur purée de pois.

Le 21 : Continue à vomir une heure environ après avoir pris son lait, mélange de lait caillé et de liquide verdâtre. On ne trouve à la palpation aucun signe de néoplasme de l'estomac, ni de l'abdomen. En présence des vomissements survenant peu après l'ingestion des aliments, de l'amaigrissement rapide et de la forme du ventre. M. Lancereaux pense que le plexus solaire est atteint et pose le diagnostic probable d'une lésion tuberculeuse des capsules surrénales, d'une maladie d'Addison sans mélanodermie, car en dehors de la teinte terreuse du visage, il n'existe pas de plaques foncées sur la peau ou sur les muqueuses. Le pouls est à 96, la température est normale. Ni diarrhée, ni constipation. Suppression du régime lacté (potages, œufs, viande à sucer, glace).

Le 22 : Malgré le changement de régime, les vomissements ont continué. Température : 36°8.

Le 25 : Pas de vomissements depuis deux jours. Le malade a les yeux égarés, ne comprend plus les questions. Il a déliré la nuit et l'on a dû mettre des planches à son lit parce qu'il voulait se sauver. Son état est très grave (ventouses, piqûres d'éther).

Le 26 : On a dû sonder le malade hier et aujourd'hui ; il ne paraît pas même en avoir conscience.

Urines acides, D. 1021, pas d'albumine. Il est couché sur le dos la tête renversée, les yeux déviés en haut, la bouche entr'ouverte, les lèvres noires et sèches. Quelques mouvements convulsifs des muscles de la face et du bras droit. La respiration est stertoreuse. Râle trachéal. La température, qui s'était maintenue normale, s'est élevée brusquement à 39°. Mort le soir.

Autopsie. — Le crâne s'enlève sans difficultés, pas d'adhérences de la dure-mère. Congestion marquée des veines de la pie-mère. Pas de lésions du manteau des hémisphères, ni des noyaux gris centraux. Quatrième ventricule, cervelet, protubérance et bulbe : rien à noter.

Cœur : Pas de lésions d'orifices.

Les deux *poumons* sont le siège d'une congestion intense et crépitent à peine, surtout le droit. Il existe au sommet droit une cavernule du volume d'une noisette et quelques granulations caséuses irrégulièrement distribuées. Adhérences celluleuses des plèvres.

Le *foie* est d'une coloration gris de fonte, uniforme, de volume normal et de consistance assez ferme. La vésicule biliaire est grande et remplie d'une bile tout à fait noire. Les voies biliaires sont libres, et la bile afflue dans le duodénum.

Cet écoulement se faisait avant la vérification de l'autopsie, car le duodénum, ouvert d'abord, était fortement coloré en jaune au-dessous de l'ampoule de Vater.

Les deux *reins* et la *rate* ne présentent rien de particulier. La capsule surrénale du côté gauche est retrouvée coiffant le rein ; celle du côté droit paraît confondue dans une masse volumineuse et dure rattachée aux ganglions lymphatiques prévertébraux.

Estomac dilaté ; paroi musculeuse assez épaisse. En ouvrant l'estomac on ne voit pas d'altération de la muqueuse, si ce n'est une tache de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50, plate et sèche, qui paraît correspondre à une ancienne érosion cicatrisée. Le détroit pylorique est normal ; mais immédiatement au-dessous de lui, la muqueuse du duodénum, d'ailleurs intacte, est soulevée par une tuméfaction arrondie du volume d'une pièce de 2 francs, correspondant à un noyau dur situé immédiatement sous la muqueuse. La largeur du duodénum est normale.

En incisant au niveau de la tumeur, on voit qu'elle constitue un noyau du volume d'une grosse noix situé immédiatement au-dessous de la ligne pylorique.

Cette masse n'est recouverte que par la muqueuse intestinale et son chorion, elle se continue avec la tête du pancréas dont elle fait partie ; elle est formée d'un tissu blanc, friable, aréolaire, donnant du suc, à l'état frais. Le reste du pancréas est formé des granulations normales et ne paraît présenter aucune altération. Le canal de Wirsung n'est pas dilaté, on le peut disséquer dans toute sa longueur, il est libre et vient s'ouvrir dans le duodénum, à 2 centimètres au-dessous de l'extrémité inférieure de la tumeur. La veine porte n'est pas en contact avec le néoplasme.

Cette tumeur limitée a pourtant donné lieu à une zone de généralisation qui s'étend au-dessous du pancréas, dans une zone assez restreinte. Tous les ganglions sont tuméfiés et forment des masses du volume d'un pois à celui d'une noisette, blanches, parcourues à leur surface de fins vaisseaux, sessiles ou pédiculées. Le plexus solaire est tout entier entouré et masqué par ces néoformations qui chargent les branches nerveuses comme des grains de raisin. A la place de la capsule surrénale droite, on trouve une masse allongée et aplatie, ayant la forme générale de la capsule hypertrophiée, mais à surface lobulée et à coupe blanche friable comme celle des ganglions voisins. Il existe donc un envahissement de tous les lymphatiques de cette région circonscrite autour du plexus solaire et probablement de la capsule surrénale.

Dans tout le reste du mésentère, on voit, parsemés, un certain nombre de nodules du volume d'un gros pois reproduisant les caractères des noyaux groupés autour du plexus solaire.

OBSERVATION VII

(AUVRAY, *Bulletin Soc. Anatomique*, 1893)

B..., âgé de 51 ans, tailleur de pierres, est entré à l'hôpital Necker le 15 juin 1893.

Au point de vue des antécédents héréditaires et personnels,

rien de spécial à signaler. Le malade semble avoir joui d'une parfaite santé jusqu'au début de l'affection actuelle.

A son entrée, le sujet est dans un état de grande faiblesse et en proie à une dyspnée intense ; il répond à peine aux questions qui lui sont posées.

Le début des accidents remonte au mois de mars ; à la suite d'un refroidissement, le malade fut pris d'une toux intense, qui a persisté depuis cette époque ; ses forces se sont notablement affaiblies, en même temps que survenait l'amaigrissement, et malgré ce mauvais état toujours croissant, il a continué son travail jusque vers le 21 mai, pour subvenir aux soins de sa famille.

A partir de ce moment, le malade s'est alité, l'état général est devenu de plus en plus grave, et le 15 juin il entraînait dans notre service.

Examen du malade : l'état général du sujet est très alarmant, il est plongé dans un état d'adynamie profonde ; la langue est humide et recouverte d'un enduit grisâtre. La température atteint 39°, le pouls est petit, faible, irrégulier.

L'existence d'une expectoration abondante, liquide, brunâtre et d'une extrême fétidité appelle d'abord l'attention du côté du poumon.

La percussion révèle l'existence d'une matité absolue au niveau de la base droite ; les vibrations thoraciques sont égales des deux côtés de la poitrine.

A l'auscultation du poumon droit, on entend des rales sibilants et ronflants, la respiration est soufflante, peu intense, l'expiration prolongée. Dans le quart inférieur du poumon droit, on constate l'existence d'un foyer de broncho-pneumonie avec souffle et râles sous-crépitants, mais pas de râles crépitants proprement dits.

Au sommet gauche, la respiration est soufflante ; les deux sommets paraissent suspects.

En avant et des deux côtés, la respiration est humée ; léger degré d'emphysème pulmonaire.

En présence de ces signes, on posa le diagnostic de gan-

grène pulmonaire ; mais la cause de cette gangrène restait douteuse.

Le pronostic fut sévère dès le début.

Le 19 juin, les signes physiques sont vagues, on ne trouve plus les râles sous-crépitaux du début ; il existe des sibilances dans toute l'étendue du poumon droit. Les urines renferment de l'albumine.

La température demeure à 39°2. Le malade est anxieux ; le soir, apparition du délire.

Le 20 juin, le malade succombe dans la matinée, à la suite d'une hémoptisie abondante, survenue brusquement.

Autopsie. — Organes abdominaux : aucun épanchement ascitique à l'ouverture de la cavité abdominale.

Estomac : La cavité stomacale est remplie d'une quantité notable de sang coagulé ; au moment où l'hémoptysie finale s'est produite, une partie du sang a été rejetée par la bouche, tandis que le surplus tombait dans les voies digestives.

Pancréas : Le pancréas est le siège d'une néoplasie qui a envahi principalement la tête de l'organe, et se traduit à la vue par des bosselures irrégulières, peu volumineuses, donnant au doigt la sensation d'un tissu résistant, fibreux.

Les parois du duodénum en contact avec la tête du pancréas sont intactes et les voies biliaires perméables.

Capsules surrénales : La capsule droite est englobée dans une masse de tissu néoplasique, fibreux, résistant et relié à la tête du pancréas par un point de substance de même nature, qui passe en arrière du duodénum. Les ganglions voisins qui entourent le tronc cœliaque sont envahis par le cancer.

Foie : Volume normal. Coloration normale. Mais, sur sa face supérieure, en contact avec le péritoine diaphragmatique, on observe un noyau cancéreux, de coloration jaunâtre, présentant les dimensions d'une pièce de 20 centimes. Dans le voisinage existent quelques nodosités de même nature.

Reins, rate : Ne présentent aucune altération.

Organes thoraciques : Dans la cage thoracique, toutes les lésions sont localisées du côté droit.

Poumon droit : La plèvre pariétale, dans sa portion diaphragmatique, est envahie par le néoplasme ; la base du poumon droit et par conséquent la plèvre viscérale qui la recouvre sont unies au feuillet pariétal et ne forment qu'une seule et même masse cancéreuse ; aussi l'enlèvement du poumon ne peut avoir lieu sans la rupture des nombreuses adhérences qui relie toutes ces parties entre elles.

La plèvre costale présente également une infiltration néoplasique dans les points qui sont en contact avec les parties envahies du poumon.

Le poumon droit est emphysémateux dans son tiers supérieur. Dans le reste de son étendue, le parenchyme pulmonaire est envahi par le néoplasme ; çà et là, on voit, dans l'épaisseur du poumon et à sa surface, des nodosités cancéreuses de volume variable et de coloration jaunâtre, tranchant nettement sur la coloration gris rougeâtre du tissu voisin ; mais c'est dans le tiers inférieur principalement que les lésions sont intéressantes à étudier.

On constate, dans cette région, l'existence d'un noyau cancéreux de coloration jaunâtre, de consistance ferme, d'aspect fibreux et présentant le volume d'une orange. Immédiatement au contact de cette partie solide, et au-dessous d'elle, existe une vaste caverne, traversée encore par quelques brides d'un tissu gangrené et dont les parois anfractueuses irrégulières sont d'aspect noirâtre ; dans cette excavation se sont accumulés des débris cancéreux d'odeur fétide, mélangés à des caillots. L'existence de ces produits divers provenant de la désagrégation du néoplasme nous explique l'origine de l'expectoration fétide qui avait fait porter pendant la vie le diagnostic de gangrène pulmonaire, et elle nous permet de comprendre comment le processus de destruction frappant les vaisseaux qui rampent dans les parois de cette cavité, une hémorragie foudroyante a pu amener la mort du sujet.

Poumon gauche : Quelques adhérences au sommet gauche ; larges plaques d'emphysème sur sa face antérieure. Congestion.

Ganglions du hile également envahis par le cancer.

Cœur : Normal. Pas de signes d'endocardite.

Péricarde : Sain.

Examen histologique. — Pancréas : Alvéoles cancéreux renfermant deux espèces de cellules de petites et de grosses cellules. Les petites cellules forment la bordure de ces amas, elles sont cylindriques et à noyau allongé ; elles se tassent vers le centre de l'alvéole où elles prennent le type polyédrique. On trouve en outre en un ou plusieurs points de l'alvéole, suivant qu'il est plus ou moins grand, des îlots de grandes cellules à noyau arrondi, à protoplasma clair. Quelquefois même une seule grosse cellule est isolée au milieu des petites.

Foie : Les noyaux cancéreux du foie renferment les deux espèces de cellules signalées dans les amas cancéreux du pancréas ; de grosses cellules et des cellules plus petites, allongées.

Poumon : Loges remplies d'éléments cancéreux qui ont pour la plupart l'aspect des grosses cellules à protoplasma clair. Au niveau de la plèvre, existence de lymphatiques gorgés de cellules cancéreuses.

Deux points nous paraissent particulièrement intéressants dans cette observation.

Le premier concerne la difficulté de diagnostic des cancers du pancréas.

Peu d'affections déjouent aussi facilement le sens clinique des praticiens les plus exercés ; et souvent, dans les cas d'ictère prolongé, la laparotomie exploratrice a seule permis de constater s'il s'agissait d'un cancer du pancréas ou de l'obstruction des voies biliaires par l'engagement d'un calcul dans le canal cholédoque.

Dans le cas actuel, les lésions pulmonaires seules avaient attiré l'attention. L'absence complète des si-

gnes généralement observés dans le cancer du pancréas, c'est-à-dire l'ictère, la glycosurie, les selles graisseuses, les vomissements de matières grasses, l'ascite, etc., et d'autre part, l'état général du sujet, la dyspnée intense qu'il présentait, les signes physiques fournis par un examen minutieux du poumon et surtout la fétidité des crachats, devaient faire porter le diagnostic de gangrène pulmonaire ; or la gangrène n'était qu'un épiphénomène survenu au cours de l'évolution du cancer du pancréas, propagé au foie et de là au poumon.

Le second point qui mérite d'attirer notre attention est relatif aux données fournies par l'examen des pièces histologiques.

L'examen de ces pièces nous permet d'affirmer que les lésions pulmonaires et hépatiques ont eu pour point de départ le pancréas, et nous renseigne en même temps sur le mode d'envahissement de ces organes.

Les pièces histologiques que nous avons décrites précédemment nous ont montré que les amas cancéreux du foie et du poumon étaient formés de cellules en tout semblables à celles de l'épithélioma pancréatique ; c'est-à-dire petites cellules allongées, cylindriques, et grosses cellules plus ou moins arrondies.

Elles nous ont montré également que l'envahissement du foie avait eu lieu par la voie du système porte, et que la propagation au poumon, ainsi qu'on l'a déjà dit, s'était faite par la voie lymphatique. Mais dans le cas actuel, l'envahissement du poumon semble s'être fait directement par les lymphatiques du diaphragme et de la plèvre que les coupes nous ont montré gorgés

d'éléments spécifiques. La voie d'envahissement par les ganglions du hile semble avoir joué ici un rôle plus effacé ; on comprend difficilement, en effet, dans cette dernière hypothèse, pourquoi le poumon gauche eut été respecté et nous savons cependant qu'il ne présentait aucune lésion d'ordre cancéreux.

OBSERVATION VIII

(BOUCHUT, *Thèse Grandmaison*, Lyon, 1925)

B... Jean, 73 ans, entre dans le service le 26 mai 1926. Il y a plusieurs mois qu'il a maigri et pâli. Voici huit jours éclatent de *violentes douleurs abdominales* avec arrêt des matières et mictions difficiles, *sans vomissements*. A l'entrée, on constate d'une part, une *ascité* assez abondante dans l'étage inférieur de l'abdomen ; d'autre part une distension en masse du côlon ascendant et du côlon transverse, qui rendent l'étage supérieur de l'abdomen tendu et tympanique. *On fait le diagnostic probable d'inclusion intestinale cancéreuse*. Après ponction, on trouve un abdomen semé de nombreuses masses irrégulières qui font penser à un cancer du péritoine.

Les jours suivants, apparition de *vomissements*. La *constipation*, qui avait cédé pendant quelques jours, réapparaît. *Cachexie rapide*.

Décès le 12 juin.

Autopsie : Ascite séreuse abondante (6 litres) avec multiples généralisations péritonéales. Petites métastases hépatiques sous-capsulaires. La tête et la partie moyenne du pancréas sont le siège d'un volumineux cancer dur et lardacé, à la périphérie duquel on reconnaît sur les coupes du tissu pancréatique normal. La paroi pylorique est épaissie, mais la muqueuse n'est pas envahie.

Histologie : 1° Pancréas : épithélioma canaliculaire typique

du pancréas ; 2° Pylôre : la couche glandulaire est normale, la sous-muqueuse également. Par contre, la musculieuse et la couche sous-péritonéale sont envahies par des néoformations glandulaires analogues à celles qui constituent le cancer du pancréas.

OBSERVATION IX

(Professeur CADE)

B..., 62 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales. Ce malade souffre en effet depuis 3 mois dans la région supérieure de l'abdomen. Ce sont des douleurs continues, à paroxysme nocturne. Ethylisme avoué. Il ne vomit pas, mais a des regurgitations acqueuses qui le soulagent. Etat nauséux. Il dit avoir maigri de 15 kilos en 3 mois. Il nie la spécificité.

A l'examen : abdomen un peu contracturé. La palpation du creux épigastrique est un peu douloureuse.

Le foie est gros, débordant franchement le rebord costal. Il est dur et sensible à la pression. La rate n'est pas perçue. Aux poumons : submatité et diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche.

Rien au cœur. Les réflexes pupillaires sont normaux. Les réflexes rotuliens sont difficiles à apprécier, une jambe est atrophiée et ankylosée, l'autre étant le siège d'œdème.

Dans les urines il n'y a ni *sucre*, ni *albumine*.

La réaction d'Adler est négative dans les matières.

L'examen radioscopique montre un *gros foie* remontant de deux travers de doigt dans l'émithorax. Le sinus casto-diaphragmatique de ce côté est mal visible. Mais il n'y a pas de bas fond. On ne voit pas de lacune. Les contractions sont visibles.

Décès un mois après son entrée dans le service.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un li-

quidè séro-hémorragique en assez grande abondance. Piquetés noirâtres sur le péritoine. Quelques adhérences unissant les anses intestinales. Le foie apparaît légèrement hypertrophié avec les taches de bougie en surface, mais il est relativement lisse et peu déformé.

A la coupe il présente dans son épaisseur les îlots circulaires de néoplasie secondaire. La *vésicule est petite et scléreuse*.

La rate est petite. *Thrombo-phlébite de la veine porte avec caillot organisé l'obturant*. On recherche le néoplasme primitif. Rien à l'estomac qui est libre ; par contre, la tête du pancréas est le siège d'une masse dure, ligneuse, blanchâtre, *n'aplatissant pas le cholédoque*.

Il semble qu'il se soit agi d'un néoplasme canaliculaire.

La queue du pancréas est sclérosée. La lumière du canal pancréatique est perceptible au niveau du corps.

Aspect un peu pâle au niveau des reins, la décapsulation en est facile. On note la présence d'un kyste.

La surrénale gauche est le siège d'une légère hypertrophie adénomateuse de la corticale. Au niveau du thorax : adhérences pleurales à droite. A gauche, petit nodule néoplasique du volume d'une pastille. Pas de liquide dans les plèvres.

A la coupe, les poumons sont congestionnés. Pas de traces de tubercules anciens. Quelques vésicules d'emphysème au sommet. Cœur rapetissé. Artères hélicinées. Plaques d'athérome au niveau des sigmoïdes. Coronaires largement perméables. Aorte athéromateux.

A noter au niveau de la veine iliaque primitive et de la veine iliaque extrême gauche allant jusqu'à la veine fémorale au triangle de Scarpa, une zone de phlébite avec caillots adhérents.

En somme, il s'agit d'un néoplasme de la tête du pancréas avec généralisation au foie et thrombo-phlébite de la veine porte.

OBSERVATION X

(BAROMAKI)

Le nommé G..., âgé de 52 ans, employé, est entré à l'asile Saint-Pierre, dans le service du docteur Rey, le 25 avril 1890, pour des troubles mentaux.

Dans son observation, le docteur Rey écrit :

A l'entrée, on trouve *affaiblissement des facultés intellectuelles* de la mémoire, idées de satisfaction et de richesse, troubles de la mobilité, hésitation de la parole, faiblesse des membres inférieurs. Pas d'inégalité pupillaire. Présente une teinte subictérique assez marquée et un certain degré de cachexie ; néanmoins, pendant les deux premiers jours qui ont suivi son entrée, aucun trouble digestif. Puis brusquement, sans cause apparente, il fut pris de *vomissements alimentaires* qui se produisirent quelque temps après les repas, avec dégoût des aliments et diarrhée intense. Le malade interrogé déclare avoir été pendant longtemps, chez lui, sujet à des *troubles digestifs de même nature*. Transporté à l'infirmerie, un examen minutieux nous a permis de constater de la *douleur à la pression*, vers le bord inférieur du foie et à la région épigastrique, mais on n'apercevait ni tumeur, ni empâtement sur aucun point de cette région.

L'estomac paraissait dilaté, produisait assez facilement le bruit de clapotement. On émet alors l'hypothèse de l'existence d'un cancer du pylore. Le malade fut soumis au régime lacté ; mais il continua à rendre deux ou trois heures après ses repas une quantité considérable de liquide verdâtre.

Voici les renseignements qui nous furent donnés par la famille. Il avait été traité, huit mois avant son internement, comme diabétique. Au mois de décembre 1889, c'est-à-dire trois mois après ce traitement, il avait commencé à donner des signes d'aliénation mentale. Le docteur Trastour qui l'avait vu m'a communiqué le résultat de ses consultations que voici : Sans antécédents ni héréditaires, ni personnels.

La santé a toujours été excellente jusqu'à l'été de l'année dernière. A ce moment il commence à éprouver une soif vive ; il urinait plus souvent et plus abondamment que d'habitude ; son appétit était conservé, mais il maigrissait et ses forces diminuaient. Le docteur Lespinois qui l'avait soigné avait constaté du sucre dans ses urines.

Les choses allèrent ainsi jusqu'à la fin de l'année ; à partir du 31 décembre 1889, la scène changea. M. G... fut pris alors de *vomissements incoercibles*. Il ne tolérait absolument aucun aliment, ni solide, ni liquide ; ce'st à ce moment qu'il réclama les soins du médecin. Malgré le régime lacté exclusif auquel le malade fut soumis, les vomissements continuèrent quand même vers la fin janvier, comme je l'ai déjà dit. C'est à ce moment que j'étais appelé à examiner M. G... qu'on supposait atteint d'une lésion du foie.

Je trouvais un malade très amaigri, avec une pâleur marquée des téguments, mais sans teinte ictérique. Il n'accusait *aucune souffrance*, il se plaignait seulement de ses vomissements qui se produisaient toutes les fois qu'il ingérait une quantité de lait même très faible, et qui survenaient aussi sans l'ingestion d'aucune boisson. On nous montra les matières vomies depuis le matin. (Il était à ce moment 3 heures de l'après-midi). Il y en avait environ quatre litres. Le malade n'avait pas pris une aussi grande quantité de lait et Mme G... nous affirmait qu'elle en avait fait plusieurs fois l'expérience, que les liquides vomis par son mari étaient plus abondants que les boissons ingérées. Les matières vomies étaient fortement colorées en vert. Elles contenaient certainement en grande quantité des substances colorantes de la bile. L'examen des poumons, du cœur, du foie et de la rate était négatif. L'estomac paraissait dilaté ou produisait assez facilement le clapotage, mais on ne percevait ni tumeur, ni empatement sur aucun point de la région occupée par cet organe.

La cavité abdominale, dans toutes ses autres parties, ne présentait rien d'anormal. M. G... n'avait jamais abusé des boissons alcooliques ; ses artères n'étaient nullement athéroma-

teuses. Avant le 31 décembre 1889, il n'avait jamais présenté de troubles digestifs, jamais de douleurs au creux épigastrique, jamais de vomissements glaireux. Il n'avait jamais présenté, en d'autres termes, des signes pouvant faire croire à l'existence d'une gastrite. Les vomissements avaient brusquement débuté le 31 décembre et ils avaient toujours eu depuis la même nature et la même abondance. Leur coloration a toujours été d'un vert très prononcé. Depuis cette même époque, le malade accusait une *constipation opiniâtre* : il fallait plusieurs lavements pour amener quelques cybales. Sur la demande que nous fîmes, on nous répondit que ces matières fécales durcies étaient décolorées, grisâtres. Le malade n'est pas *ictérique*, j'ajoute qu'il a toujours été *apyrétique*.

Disons enfin, pour être aussi complet que possible, que les urines du malade, analysées à deux reprises différentes, dans le courant de janvier, ne contenaient *plus trace de sucre*.

Nous nous trouvions donc en présence d'un homme qui, pendant l'été 1889, avait vu tout à coup ses forces diminuer dans de notables proportions, quoique son appétit restait le même ; en même temps, il buvait plus que d'habitude et il urinait abondamment, et puis la scène avait changé brusquement et des phénomènes d'un autre genre s'étaient produits du côté de son tube digestif.

A quelle affection avions-nous donc à faire ?

Le foie ne paraissait pas devoir être mis en cause. Il en était de même de l'estomac, pour les raisons indiquées ci-dessus. Mais comme annexe du tube digestif, il restait encore le pancréas, dont la situation profonde ne permit pas une exploration facile. En réfléchissant sur cette circonstance que M. G... avait présenté, au début de sa maladie, des symptômes qui étaient ceux du diabète maigre, il était permis de supposer que cette glande était malade. Et, en effet, je m'arrêtais à cette idée que la tête du pancréas était le siège d'une tumeur, dont il n'était pas possible évidemment de préciser la nature, mais que l'on pouvait cependant croire cancéreuse, étant donné l'âge du sujet. L'existence de toute cette tumeur étant admise,

il était facile d'expliquer les troubles morbides qui s'étaient déroulés depuis le 31 janvier.

En effet, un néoplasme développé au niveau de la tête du pancréas, pouvant comprimer le duodénum au-dessous de l'ampoule de Vater, le canal de cholédoque restant libre, la bile continuait à être déversée dans la cavité duodénale, mais elle rencontrait là un obstacle qui l'empêchait de continuer son cours le long de l'intestin. Elle était alors refoulée dans l'estomac, d'où elle était rejetée au dehors, par les efforts des vomissements ; cette compression du duodénum au-dessous de l'ouverture du canal cholédoque, expliquait encore la rareté des matières fécales et leur décoloration ; elle expliquait aussi l'absence d'ictère. Il ne pouvait pas y avoir résorption biliaire, puisque ce liquide pouvait arriver librement dans le tube digestif où il ne séjournait d'ailleurs pas, puisqu'il était rejeté au dehors par l'estomac. Le diagnostic porté fut donc cancer probable du pancréas, développé au niveau de la tête de cette glande et comprimant le duodénum au-dessous de l'ampoule de Vater.

Quelque temps après notre consultation, les troubles digestifs semblèrent s'amender, les vomissements furent un peu moins fréquents.

Le malade put même se lever et sortir, mais il présenta alors des signes d'*aliénation* mentale qui nécessitèrent son admission à l'asile de Marseille, où il ne tarda pas à succomber.

Le malade vécut à l'asile jusqu'au 16 mai, c'est-à-dire environ 20 jours ; les vomissements continuèrent à se produire d'une façon régulière après chaque ingestion d'aliments ; son état de cachexie s'accrut de plus en plus. Les urines examinées à deux reprises n'ont pas montré la présence ni d'albumine, ni de sucre. Un amaigrissement rapide se produisit ; en moins de 20 jours il maigrit de 13 kilos ; enfin il tombe dans un état comateux et la mort survint peu après.

Autopsie : le 18 mai, l'autopsie pratiquée par nous a confirmé dans tous ses détails le diagnostic formulé par le docteur Trastour.

En voici d'ailleurs les pièces que nous avons l'honneur de vous présenter au Comité Médical. La famille n'ayant pas permis de faire une autopsie complète, la tête n'a pas été touchée et nous n'avons pas pu, par conséquent, savoir s'il existait des lésions cérébrales diffuses ou circonscrites. Comme on le voit, la tête du pancréas et le duodénum sont le siège d'un néoplasme volumineux et très étendu, qui présente trois parties principales. L'une, au niveau du coude formé par la troisième portion du duodénum et le jéjunum ; cette partie remplit complètement la cavité de l'intestin de façon à en obturer la lumière. La deuxième, située à droite de la précédente, avec laquelle, d'ailleurs, sa base se prolonge, est dans la troisième portion du duodénum. Celui-ci présente sur son bord inférieur une perforation longitudinale, mesurant de 5 à 6 centimètres de longueur. A travers cette perforation on peut voir le néoplasme sous forme d'une excroissance du volume d'un œuf de pigeon, dirigé du haut en bas, ayant pris par conséquent naissance sur le bord supérieur du duodénum au niveau de son adhérence au pancréas. Des adhérences existent entre les bords de la perforation et le noyau, empêchant le passage des aliments dans la cavité péritonéale.

Enfin la troisième partie du néoplasme s'étale sur la face postérieure de la tête du pancréas, est elle-même infiltrée du tissu cancéreux. En résumé, un vaste néoplasme, occupant la face postérieure de la tête du pancréas, infiltrant cette tête, enfin la débordant en bas pour pénétrer à travers la paroi duodénale jusque dans la cavité de cet intestin, dont il fermait hermétiquement la lumière au niveau de sa troisième portion au-dessous de l'ampoule de Vater.

Comme on le voit, cette observation a plusieurs particularités.

Le malade commence d'abord par un diabète et si nous prenons en considération l'hypothèse de Mirallié, nous pouvons dire que c'était le premier symptôme du néoplasme pancréatique chez ce malade.

Lorsque le cancer avait déjà assez évolué et envahi toute la glande, la glycosurie disparue, pour donner la place à un autre symptôme, celui des vomissements et la constipation. Il est à remarquer que les matières rejetées étaient en plus grande quantité que les boissons et aliments absorbés.

La dilatation de l'estomac est signalée au début de l'examen.

Puis nous voyons apparaître des troubles mentaux. Y a-t-il des relations entre ces troubles et le néoplasme, nous ne saurions le dire. Il est possible que des métastases dans la boîte crânienne aient pu bouleverser les centres nerveux.

L'autopsie n'ayant pas été complète, nous ne pouvons pas nous prononcer sur ce point. Aussi nous ignorons s'il y avait des métastases dans le foie et d'autres organes.

Il semble bien que le siège de la tumeur soit responsable de l'absence d'ictère.

OBSERVATION XI

(TRICOMI, 1897, *Revue de Chirurgie*, 1908) (*Résumé*)

Femme de 52 ans, malade depuis 7 mois : douleurs stomacales, dyspepsie, éructation, puis vomissements à jeun et trois heures après les repas. Depuis 4 mois, apparition d'une tumeur épigastrique qui a progressivement augmenté de volume. Depuis deux mois, douleurs plus intenses après les repas, continues et sourdes, épigastriques, avec irradiations dans le dos et l'épaule droite. Constipation avec périodes de débâcle diarrhétique.

A l'examen : malade cachectique. Région épigastrique saillante ; à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic on sent une tumeur médiane de la grosseur d'une orange, dure, élastique, assez mal délimitée, descendant dans les mouvements inspiratoires, douloureuse à la palpation.

On pose le diagnostic probable de cancer du pancréas. Pas d'ictère ; dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Laparatomie : estomac sain ; au-dessus de la petite courbure et derrière l'estomac, on aperçoit une tumeur grosse comme le poing s'appuyant en arrière à la colonne vertébrale et adhérente en avant à la paroi stomacale dans la région prépylorique de la petite courbure. Néoplasme originaire de la tête et du corps du pancréas.

Examen histologique : adéno-épithéliome de la tête du pancréas.

Quatre mois après l'opération, la malade revient à l'hôpital avec un néoplasme secondaire du foie et une récurrence dans la portion restante du pancréas. La mort survient.

Autopsie : cancer nodulaire du foie. Cancer de la portion restante du pancréas. Généralisation dans les ganglions mésentériques.

OBSERVATION XII

RENGLARET (*Soc. Anatomique*, 1893)

1

D..., 66 ans, vient à l'hôpital parce que, depuis un an, il a perdu l'appétit. Pas de vomissements. Pas d'hématémèses ni de méléna. Selles régulières. Pas de douleurs épigastriques.

A l'examen : maigreux extraordinaire, teint jaune paille, mais non ictérique. Abdomen rétracté, foie petit. On ne perçoit aucune tumeur abdominale, mais seulement une plus grande résistance à gauche de l'épigastre. Estomac non dilaté. Pas d'adénopathies axillaires, ou sus-claviculaires.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

OEdème passager des membres inférieurs et des mains.

Décès dans la cachexie.

Autopsie : épanchement pleural bilatéral. Foie petit, de consistance normale, présentant à sa surface et dans le parenchyme plusieurs noyaux blanchâtres, cancéreux. Vésicule biliaire distendue. Cholédoque augmenté de volume.

Duodénum et la tête du pancréas forment une trace confuse : la queue du pancréas est normale ; la tête présente une double tumeur du volume d'un œuf. Plaque cancéreuse sur la muqueuse duodénale, au niveau de l'ampoule de Vater. Ganglions prévertébraux et mésentériques hypertrophiés.

En résumé, il s'agit d'un cancer latent, de volume minime, ce qui explique l'absence de signes physiques. L'absence de signes fonctionnels est expliqué par la perméabilité conservée du cholédoque et du canal de Wirsung.

OBSERVATION XIII

(Docteur BOUCHUT)

M... Alexandre, 47 ans (syphilitique ancien), entre à l'hôpital le 12 janvier 1925, pour des douleurs abdominales apparues il y a trois mois.

Ce sont des *douleurs sous-ombilicales* très violentes, indépendantes de l'alimentation, diurnes ou nocturnes, ayant tous les caractères des douleurs solaires. *Gros amaigrissement* (10 kilos). Anorexie invincible, ayant précédé d'un mois les douleurs. *Constipation. Ni vomissements, ni ictère.*

Examen abdominal et somatique négatif. Rien au toucher rectal.

Radioscopie de l'estomac, de l'intestin négatif.

Chimisme gastrique : HCl, libre : 0, HCl, combiné : 0,40 %.

Ac. de fermentation : 0.

Radiographie de la colonne vertébrale : négative.

Traitement antisiphilitique d'épreuve : négatif.

Recherche des graisses dans les selles : négative.

4 Webers positifs sur 5 dans les selles.

On fait le diagnostic de néoplasme du corps du pancréas.

Pendant son séjour qui dura 2 mois, le malade s'est cachectisé et a continué à maigrir. *Mort dans un coma* apparu brusquement et ne paraissant pas dû à des lésions nerveuses, le 9 mars 1925.

Autopsie : Enorme cancer lardacé à la tête du pancréas. Le corps et la queue sont respectés. Nombreuses masses néoplasiques tout le long de l'aorte abdominale. Généralisation dans le foie et dans les ganglions trachéo-bronchiques. Pas de sténose ni de dilatation des voies biliaires.

Examen histologique : Epithélioma atypique, caractérisé par les noyaux cellulaires formés de cellules allongées, un peu fusiformes, qui par places se groupent en véritables nappes. Ça et là, quelques néoformations plus nettement glandulaires. Dans le foie, la structure de l'épithélioma est encore plus atypique et dépourvue de formations glandulaires.

OBSERVATION XIV

(Docteur BOUCHUT, *In thèse de Grandmaison*, Lyon, 1925)

Antoinette L..., 74 ans. Souffre, depuis deux ou trois ans, de *douleurs épigastriques en ceinture*. Depuis trois mois, les phases douloureuses se sont rapprochées ; il s'agit d'une douleur contuse, d'une pesanteur survenant immédiatement après les repas et durant plusieurs heures. Amaigrissement progressif et très marqué. Perte de forces considérable. *Anorexie non élective*. Aurait eu un vomissement, marc de café. Pas trace d'autres hémorragies.

A l'examen, le 13 novembre 1924 : OEdème non douloureux de la jambe droite, d'apparition probablement récente. Clapotage gastrique à jeun ; à la palpation on sent le *rebord*

inférieur du foie et aussi un *petit nodule épigastrique* paraissant appartenir à l'estomac. Weber positif dans les vomissements. Plusieurs examens de cet ordre restent négatifs.

Chimisme gastrique : HCL libre : néant. Ac. organique : O.HCL combiné : 0. Le liquide envoyé est formé presque exclusivement de bile pure.

Radio (en position couchée) : Aspect flou tacheté de toute la région prépylorique et du bas-fond ; quelques passages semblent se faire dans le duodénum. L'estomac ne semble pas très dilaté.

Diagnostic clinique : *Néoplasme gastrique pylorique ou prépylorique.*

La malade se *cachectise* et meurt le 11 décembre 1924.

Elle a eu, pendant plusieurs jours, de la fièvre autour de 38°. *Jamais d'ictère.*

Autopsie. — Le péritoine est semé de noyaux cancéreux. Sans ascite, surtout dans la région diaphragmatique et sur le grand épiploon. L'estomac et l'intestin sont parfaitement normaux. Par contre, la tête du pancréas est bosselée, très dure et d'aspect lardacé sur les coupes. Pyélonéphrite suppurée greffée sur une hydronéphrose ancienne.

Examen histologique. — Epithélioma canaliculaire typique du pancréas.

CHAPITRE II

Les cancers du pancréas sans ictère

Sous ce titre, nous distinguons les cancers de la tête et du corps du pancréas.

Celui-ci ne nous intéresse pour ainsi dire pas, il n'entre pas dans notre sujet.

C'est le cancer de la tête du pancréas qui attire notre attention. Comme nous l'avons déjà vu, jusqu'à aujourd'hui cette question est restée dans l'ombre. La description de Pic et Tolot ne nous donne pas les traits caractéristiques de cette forme. Ces auteurs classiques ne font même pas d'allusion.

Les observations qui ont été publiées ne sont accompagnées d'aucune explication.

Dans les observations que nous reproduisons, on distingue deux types de cancer du pancréas sans ictère : 1° *Cancer de la tête du pancréas sans ictère, avec cholédoque extra-pancréatique*; 2° *avec cholédoque intra-pancréatique*.

1° CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS SANS ICTÈRE
AVEC CHOLÉDOQUE EXTRA-PANCRÉATIQUE

La position anatomique du cholédoque par rapport au pancréas est très importante dans les manifestations pathologiques de cette affection. Il est compréhensible que si le cholédoque ne se trouvait pas englobé dans la glande pancréatique il ne serait pas comprimé en cas de tumeur de cette glande, la bile s'écoulerait librement et il n'y aurait pas de rétention, donc pas d'ictère. Nos observations I, II et III sont de cette nature. Dans toutes les trois, à l'autopsie, on note la position extra-pancréatique du cholédoque.

La tumeur s'est développée sans causer une gêne dans le cours de la bile, d'où absence d'ictère pendant toute la durée de la maladie.

Dans notre quatrième observation, il est noté que le cholédoque n'est pas comprimé par la tumeur, mais il n'est pas dit qu'il soit extra-pancréatique. En effet, dans toutes les autres observations on n'a pas cherché à savoir quelle était la position anatomique du cholédoque. Dans certaines d'elles on ne dit même pas si les voies biliaires étaient perméables ou non, malgré l'absence d'ictère.

Nous croyons que le cholédoque est plus souvent aberrant qu'on ne le croit.

Oscar Weiss a constaté que, dans 22 dissections, 15 fois le canal cholédoque passait en dehors du pancréas. Dans son étude sur les rapports anatomiques du cholédoque, Villard croit que la position extra-pan-

créatique du cholédoque est loin d'être une anomalie rare.

Il est fort probable que dans beaucoup de nos observations le cholédoque passait en dehors de la glande pancréatique et cette position expliquerait l'absence de l'ictère, cependant elle n'a pas été recherchée.

De toutes façons, soit que le cholédoque ait une position extra-pancréatique, soit qu'il traverse le pancréas, nous croyons que la symptomatologie, en l'absence d'ictère, est identique dans les deux cas.

2° CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS AVEC CHOLÉDOQUE TRAVERSANT LA TÊTE DU PANCRÉAS

Le second type de cancer de la tête du pancréas est celui où le canal cholédoque traverse la glande. Si ce canal est aberrant dans une grande partie des cas, il n'en est pas moins vrai qu'il est intrapancréatique dans la plupart des observations et nous devons chercher ailleurs la non-compression du cholédoque dans le cancer de la tête du pancréas. Dans le premier type la cause de l'absence d'obstruction est la position du canal, alors que dans le second c'est la position anatomopathologique de la tumeur pancréatique. Cette tumeur ne s'est pas développée dans toute la glande, mais dans une seule partie, plus ou moins éloignée des voies biliaires ; ainsi nous sommes en présence d'une tumeur qui a épargné les parties péricholédociennes et laisse libre cours à la bile dans le duodénum.

Dans ce type on peut rencontrer plusieurs variétés,

suivant la topographie du néoplasme et son degré de développement, avec des manifestations pathologiques différentes.

Dans certains cas on observe une imperméabilité incomplète et un ictère intermittent, les matières fécales non décolorées, la tumeur présentant une telle position que le cholédoque se trouvait légèrement comprimé, sa lumière rétrécie, mais non obstruée, de sorte que les contractions de la vésicule biliaire étaient assez fortes pour vaincre l'obstacle. C'est ce mode de développement de la tumeur qui explique les formes de cancer de la tête du pancréas avec ictère tardif.

Nous ne savons pas quel est le point initial de début de la maladie, mais on peut supposer qu'il n'y a pas une localisation élective déterminée sur la tête du pancréas; le néoplasme peut commencer son envahissement soit au voisinage des voies biliaires, soit au voisinage du pylore ou la troisième portion du duodénum et suivant cette localisation primitive, les phénomènes pathologiques en cours de la maladie seront différents.

Symptomatologie du cancer du pancréas sans ictère

En analysant les observations citées plus haut, nous voyons que les symptômes ne sont pas très différents de ceux déjà décrits par les classiques dans les formes de néoplasme du pancréas avec ictère. La grande dif-

férence est l'absence de l'ictère et la grosse vésicule, qui entraînent d'autres symptômes.

Dans la plupart des observations le seul signe au début était l'amaigrissement et la perte des forces rapide. Le malade s'aperçoit qu'il maigrit rapidement, ses forces diminuent, malgré l'appétit conservé dans la plupart des cas. Souvent il a perdu 10 à 15 kilos de son poids au bout de quelques semaines seulement et se transforme en squelette. C'est une cachexie sans cause apparente, le malade s'alimentant comme d'habitude, sans troubles gastriques ni aucune manifestation pathologique en dehors de l'amaigrissement qui peut rester le seul signe jusqu'à la mort, comme le montre notre observation XI.

Puis il commence à perdre l'appétit et dans certains cas c'est surtout pour les aliments gras, dans d'autres pour la viande ou bien c'est une perte d'appétit non élective. Plus tard apparaissent des vomissements. Dans certains cas, ce symptôme peut avoir une importance capitale pour le diagnostic, ainsi que le montre notre observation X, où le diagnostic s'est basé surtout sur les vomissements. Il a été exact à l'autopsie.

En effet, lorsque la tumeur s'est développée en dehors des voies biliaires à un point qui se trouve au-dessous de l'ampoule de Vater, le duodénum peut se trouver comprimé et une occlusion intestinale s'installe, surtout lorsque cet intestin a été envahi par le néoplasme. La bile s'écoule librement dans le duodénum, mais au lieu de continuer son chemin pour être rejetée avec les matières fécales par l'anus, elle s'arrête au niveau de l'obstacle et avec le chyle intestinal est

expulsée dans l'estomac, d'où par des vomissements elle est rejetée en dehors, de sorte qu'il n'y a pas d'absorption de bile dans la circulation et absence d'ictère. Dans ce cas les matières sont décolorées et les urines normales, la constipation est de règle, les matières rejetées sont d'une coloration jaune verdâtre, l'estomac est dilaté.

Le tableau est presque le même lorsque la tumeur siège immédiatement au-dessous du pylore. La tumeur peut épargner les voies biliaires et comprimer l'intestin seul. Comme dans le cas précédent, la bile s'écoule dans l'intestin et est rejetée par les voies naturelles ; il n'y a pas d'absorption de bile et pas d'ictère. Comme on le voit dans l'observation VI, les vomissements sont constants, avec la coloration purée de pois, mais s'il n'y a pas de constipation, les urines normales, et comme dans le cas précédent l'estomac est dilaté.

Les vomissements dans le cancer du pancréas ne sont cependant pas inévitablement l'indication d'une occlusion intestinale. Ils peuvent se montrer sans aucune obstruction de l'intestin, comme on le voit dans nos observations IV et XI, mais dans ces cas leur intensité et fréquence sont moins grandes, le malade peut s'alimenter, alors que dans les premiers cas tout aliment était rejeté peu de temps après l'absorption.

D'autres fois, les premières manifestations sont les douleurs et souvent pendant longtemps elles constituent le seul symptôme. Au début c'est une douleur passagère, puis elle devient de plus en plus intense et dans certain cas présente un vrai paroxysme ; douleur

sourde, continue, plus accentuée après les repas, avec des irradiations dans le dos, les épaules, les hypochondres, les fosses iliaques ou dans tout l'abdomen. Exagérée par les mouvements et la station verticale. Pour calmer ses douleurs le malade se fléchit en avant, les poignets enfoncés dans la région épigastrique. Ces crises durent 5 à 10 minutes et se répètent fréquemment. Le plus souvent les douleurs sont d'une intensité modérée, sans caractère de crise ou paroxysme, profondes, sans localisation et plutôt provoquées que spontanées, comme cela se voit dans nos observations II, III, IV, V, VIII, IX, X et XIII.

Dans une seule de nos observations elles se sont montrées d'une intensité exagérée et ont été confondues avec les crises de cancer du corps du pancréas.

Ces douleurs sont le plus souvent la suite de l'envahissement des filets nerveux voisins par le néoplasme pancréatique ou le résultat de la compression du plexus solaire par la tumeur.

Le néoplasme de la tête du pancréas peut donner des formes spéciales et bizarres et le plus souvent non pas par un mécanisme pathologique quelconque, mais pas simple compression des organes voisins. Ainsi on a observé la compression de la veine porte et l'apparition d'ascite, qui peut souvent être confondu avec l'ascite de la cirrhose du foie et dans quelques cas il a été le seul signe (Ziclewicz, Berlin, Klin. Wochens, 1888, p. 743).

La compression de la veine cave a été observée dans certains cas avec d'énormes œdèmes des membres inférieurs et des parties génitales.

La compression de l'aorte abdominale a été signalée depuis longtemps. Certains des auteurs (Pic et Tolot) ont fait de ce symptôme une forme clinique. C'est une forme qui se manifeste le plus souvent dans le cancer du corps du pancréas, mais dans certains cas on peut la rencontrer aussi dans le cancer de la tête.

Suivant l'extension de la tumeur on peut trouver une compression de l'uretère, avec hydronéphrose consécutive. Ce sont des anomalies plutôt rares.

La glycosurie est un symptôme d'une grande importance. Elle existe souvent dans le cancer pancréatique, constante même, d'après Mirallié, cependant il est difficile de la rechercher. Si l'hypothèse de Mirallié est vraie, on doit toujours la trouver au début de la maladie, mais étant donné que le début du cancer de la tête du pancréas est presque toujours ignoré, le malade demandant les conseils du médecin lorsque l'affection a suffisamment progressé, la glycosurie a déjà disparu et on ne trouve dans les urines plus trace de sucre. C'est ainsi que dans la plupart de nos observations, comme dans celles citées par d'autres auteurs, elle n'a pas été notée. Dans une seule de nos observations, la glycosurie était présente, et encore s'agissait-il d'un malade qui avait été traité pour diabète auparavant. Dans certaines de nos observations les urines n'ont même pas été examinées, dans presque toutes les autres, l'examen a été fait à la fin de la maladie.

La recherche du foie, contrairement à ce qu'écrivent Bard et Pic pour le cancer de la tête du pancréas avec ictère, n'a pas de grande valeur pour nous. Dans

certaines de nos observations il était petit, dans d'autres normal et dans une troisième catégorie il était hypertrophié. C'est bien aussi l'avis de Mirallié, Marmostein et Grandmaison. Il semble cependant qu'au début le foie est le plus souvent gros et diminue à la phase terminale (observations I et III).

De même que le volume du foie n'a pas une grande valeur, celui de la vésicule biliaire n'est pas d'une signification particulière dans le néoplasme de la tête du pancréas sans ictère. Cela nous l'avons déjà dit plus haut. Si Bard et Pic et d'autres après eux considèrent la grosse vésicule comme un symptôme constant et d'une valeur considérable dans le cancer de la tête du pancréas avec ictère, dans la forme que nous décrivons, ce symptôme n'est non seulement pas constant, mais le plus souvent absent.

La vésicule s'est trouvée augmentée de volume seulement dans deux de nos observations, dans les autres elle était normale ou petite.

La chose est compréhensible. Le volume de la vésicule est fonction de la perméabilité des voies biliaires; lorsque ces voies sont obstruées, il y a accumulation de bile dans le réservoir qu'est la vésicule et, de là, distension de celle-ci, ainsi que du cholédoque et du canal cystique. S'il n'y a pas d'obstacle, la bile s'écoule librement dans le tube digestif, il n'y a pas de rétention, pas de distension de la vésicule et des voies biliaires.

A la palpation on peut souvent percevoir la tumeur, comme l'indiquent nos observations X et XI, mais le plus souvent elle est imperceptible, son volume est

petit, étant donné qu'avant que la tumeur augmente de volume dans des proportions considérables, la cachexie enlève le malade.

Les hémorragies ont été notées au cours du cancer du pancréas et dans un cas que nous ne citons pas ici. le malade avait présenté des épistaxis pendant longtemps, en plus de cela une hématurie pendant 15 jours qui a disparu à la suite.

La température est plus souvent normale, mais elle peut être augmentée, comme on le remarque dans notre observation personnelle où le malade avait présenté 40° de fièvre; dans d'autres cas, comme dans l'observation de M. Cordier, on est en présence d'une hypotermie. Nous croyons que ce n'est pas un symptôme de grande valeur, comme l'ont prétendu certains auteurs.

L'examen des urines doit attirer notre attention. Comme nous l'avons déjà dit, on trouve souvent du sucre. On a noté l'existence de graisses dans les urines.

Nous ne croyons pas que l'albuminurie soit très fréquente au cours du cancer de la tête du pancréas. Elle a été marquée dans une seule de nos observations (celle d'Auvray).

La quantité est plutôt augmentée de volume au début puis diminue à la fin.

Plus important est l'examen des matières fécales. D'après les classiques, l'insuffisance pancréatique se traduit par une élimination exagérée de graisses non utilisées. Les matières sont d'une consistance molle, pâteuse, avec odeur fétide.

Microscopiquement on peut trouver des cristaux d'acide gras, des cristaux de savons ou des globules de graisses neutres.

L'examen clinique montre une insuffisance de digestion des matières grasses.

D'autre part, lorsqu'il y a insuffisance pancréatique, on a trouvé la présence de fibres musculaires dans les selles, surtout après un repas riche en viande, ce qui s'expliquerait d'après les auteurs soit par l'absence d'une quantité suffisante de suc pancréatique soit par modification de ce suc.

Nous n'entrerons pas dans les détails de cet examen, cette question a été bien étudiée avant nous, nous dirons seulement que l'examen des selles serait intéressant surtout lorsqu'il n'y a pas d'autres signes, mais, comme dit Grandmaison, le premier et le dernier mot reste à la « clinique ».

La durée de la maladie est de 5-8 mois en moyenne.

La radioscopie ne donne que des résultats incertains pour le diagnostic de cette maladie due, le plus souvent, au petit volume de la tumeur. Le plus souvent ce sont les modifications des contours de l'estomac qui peuvent nous guider pour reconnaître un néoplasme du cancer. On peut apercevoir une encoche soit de la petite soit de la grande courbure ou une lacune centrale, dans la position couchée du malade. Dans d'autres cas il y a un rétrécissement pylorique et retard de l'évacuation gastrique, sténose ou déviation duodénale. Cependant ce sont des signes souvent trompeurs et pour leur donner une réelle valeur de diagnostic il est nécessaire d'avoir une grande expérience.

DIAGNOSTIC

Comment faire le diagnostic du cancer de la tête du pancréas, malgré l'absence de l'ictère et malgré toutes les difficultés ? Tout d'abord nous devons dire que c'est un diagnostic très difficile, souvent malaisé, malaisé surtout en présence de symptômes anormaux, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Le cancer de la tête du pancréas avec ictère est relativement facile à comparer avec celui sans ictère si pour faire le diagnostic dans le premier cas l'ictère et une grosse vésicule sont des symptômes de premier ordre, ici ces symptômes n'existent pas, malgré cela nous croyons qu'on peut faire ce diagnostic.

En présence d'une cachexie rapide datant de quelques mois seulement, une perte de force considérable avec l'appétit conservé et lorsqu'il n'y a pas de douleurs qui puissent indiquer un cancer du corps lorsque tout autre examen est négatif on doit penser à un cancer de la tête du pancréas.

Une cachexie aussi rapide que celle dans le cancer du pancréas ne se voit pas dans d'autres maladies ou tout au moins si elle existe, dans ce cas on se trouve en présence de symptômes qui indiquent l'origine de cette cachexie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui maigrit rapidement avec perte de poids considérable, souvent de plusieurs kilogrammes en peu de temps, avec des douleurs épigastriques, lombaires ou d'autres continues, profondes et sans crises, d'intensité plutôt faible, on doit supposer l'existence d'un cancer de la tête du pancréas. Ici la confusion est facile avec celui

du corps. Le cancer du corps se présente aussi avec une cachexie qui est absolument analogue à celle dans le cancer de la tête et douleurs épigastriques avec des irradiations. Cependant nous croyons que dans ce cas c'est le mode de manifestation de ces douleurs qui est important. Alors que dans le cancer de la tête les douleurs peuvent faire défaut ou si elles existent sont continues, d'intensité faible, sans donner lieu à des crises paroxystiques ; dans le cancer du corps, elles sont intenses. Ces crises se produisant souvent à des heures fixes, le plus souvent nocturnes, plus grandes pendant les mouvements et la station verticale, obligeant le malade de se plier en chien de fusil. C'est ainsi que nous avons fait le diagnostic dans notre observation personnelle qui a été vérifié à l'autopsie. Dans une seule de nos observations les douleurs présentaient le type du cancer du corps du pancréas.

Dans ce cas le diagnostic est presque impossible. Pour le faire il faut rechercher d'autres signes : comme l'occlusion intestinale traduite par des vomissements, présence d'une tumeur au palper, etc... Le diagnostic d'un tabès est facile à éliminer par la présence de stigmates spécifiques.

L'anévrisme de l'aorte, dans certains cas, peut aussi présenter un tableau clinique analogue à celui du cancer de la tête du pancréas. Ici il y a aussi une cachexie et des douleurs qui s'expliquent d'ailleurs par le même mécanisme de compression du plexus solaire avec le même siège. Cependant dans l'anévrisme de l'aorte la cachexie est moins rapide, elle dure plus longtemps ; les douleurs dans ces deux cas

sont identiques mais il y a d'autres signes qui peuvent aider dans le diagnostic différentiel. Dans l'anévrisme de l'aorte on se trouve en présence d'une tumeur pulsatile avec un retard du pouls fémoral, alors que dans le cas de tumeur de la tête du pancréas ce symptôme n'existe presque jamais.

Les vomissements sont un autre symptôme qui doit attirer l'attention. Lorsque le malade rejette tout aliment absorbé à la fin du repas, demi-heure à une heure après celui-ci, et en présence d'une constipation opiniâtre avec estomac dilaté et absence de tout symptôme d'occlusion intestinale par néoplasme gastrique ou intestinal, on doit penser au cancer de la tête du pancréas, malgré la non existence d'ictère, ainsi que le montre notre observation X.

Il faut savoir aussi que le cancer du pancréas peut donner des métastases dans différents organes. Ainsi dans une de nos observations les manifestations principales de la maladie se sont localisées sur les poumons, on a vu des localisations sur le péritoine, sur le foie, sur les muscles (Marmostein), etc., et dans ce cas il importe de penser à la possibilité d'un cancer du pancréas, même en absence de l'ictère, pour déterminer la cause initiale.

L'examen des selles peut aider au diagnostic. La présence de matières fécales graisseuses, d'une épreuve des noyaux de Schmith positive doit faire supposer le néoplasme pancréatique.

En résumé, le cancer de la tête du pancréas sans ictère ne présente qu'une forme particulière du cancer de la tête en général. Il se montre avec une sympto-

matologie différente des formes déjà décrites par les auteurs, mais plusieurs de ces symptômes restent communs. La grande différence est l'absence de l'ictère et de la grosse vésicule, symptômes capitaux pour le diagnostic du cancer de la tête du pancréas des classiques. Cette forme particulière peut être confondue avec le cancer du corps du pancréas et d'autres affections ; néanmoins nous croyons que pour faire le diagnostic du cancer de la tête du pancréas en absence d'ictère, les meilleurs signes sont la cachexie rapide et la nature des douleurs, ainsi que la recherche des autres symptômes comme l'occlusion intestinale, la glycosurie, les selles graisseuses, l'épreuve des noyaux de Schmith et la radioscopie.

Traitement. — Le traitement du cancer de la tête du pancréas sans ictère est le même que dans les autres cancers de cette glande, c'est-à-dire qu'il n'y a pour ainsi dire pas de traitement curatif.

La fin est toujours fatale.

Conclusions

I. — Le syndrome néo pancréatique a passé par plusieurs étapes pour arriver à l'état actuel. Nous distinguons trois étapes principales : avant Bard et Pic, Bard et Pic, et après ces auteurs.

II. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la symptomatologie de cette maladie dans leurs descriptions ; si les uns insistent sur l'ictère, la grosse vésicule, d'autres s'occupent des douleurs, d'autres du diabète, etc., et dans toutes les descriptions apparaissent de nouveaux symptômes. Plus la description est récente, plus elle est complète.

Cependant aucun ou presque aucun de ces auteurs ne traite du cancer du pancréas sans ictère.

III. — Cette forme de cancer se présente avec une symptomatologie différente. En la méconnaissant on risquerait souvent de faire des erreurs de diagnostic, en n'accordant pas le diagnostic de cancer de la tête du pancréas parce qu'il n'y a pas d'ictère.

IV. — Il y a deux sortes de cancer de la tête du pancréas sans ictère, suivant les rapports de la tumeur

avec les voies biliaires ou les rapports du canal cholédoque avec la tête du pancréas : a) lorsque la tumeur présente une telle position sur la tête du pancréas, que le cholédoque n'est pas comprimé ; b) dans les cas de cholédoque extra-pancréatique.

V. — Le diagnostic de cette affection est difficile et pour le faire il faut savoir qu'elle existe.

En présence d'une cachexie rapide, de douleurs abdominales, de troubles gastriques, des métastases hépatiques ou autres, et quand on ne peut pas trouver une cause apparente de ces symptômes, il faut toujours penser à un cancer de la tête du pancréas.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. PIC

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 26 Mars 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ALBU. — Contribution au diagnostic des affections médicales et chirurgicales du pancréas. (*Sammlung Abhandlungen aus dem gebiete der Verdauungs Krankheiten*, Berlin, 1911.)
- ARNOZAN. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2^e série, t. XX.
- BRETON et MITON. — Le cancer atypique de la tête du pancréas. (*Soc. de Méd. du Nord*, séance de février 1930.)
- BACHON. — Les formes anormales du cancer primitif du pancréas. (*Thèse*, Lyon, 1900.)
- BARD. — *Bulletin Médical*, 1896.
- BARD et PIC. — Contribution à l'étude du cancer primitif du pancréas. (*Revue de Médecine*, 1888.)
- De la glycosurie dans le cancer pancréatique. (*Revue de Médecine*, 1897.)
- BOUCHUT et PAUPERT-RAVAUT. — Les formes anormales du cancer du pancréas. (*eourn. dJ Médecine de Lyon*, 1926.)
- BRET. — *Province Médicale*, 1891.
- CARNOT et LIBERT. — *Paris Médical*, 1926.
- CASTILLANI (F.). — Sopra un case di sarcoma primitiva della testa del pancreas. (*Gazzette d'ospedali*, 1926.)

- CHAUFFARD. — *Bulletin Acad. de Médecine*, 1908.
— *Journal des Praticiens*, 1923.
- CHIERFILS (J.). — Tumeur néplasique de la tête du pancréas. (*Bull. et mém. de la Soc. de radiol. médic. France*, 19266.)
- COCHEZ. — Les manifestations hépatiques du cancer du pancréas. (*Revue de Médecine*, 1895.)
- DELBET. — Néoplasme de la tête du pancréas probable. (*Journal des Praticiens*, 20 oct. 1928.)
- DENK (G.). — Contribution au diagnostic et au traitement opératoire des tumeurs malignes de la papille de Vater et de la tête du pancréas. (*Deutsche Zeits. f. Chir.*, t. CCXIII, fasc. 3-4, janvier 1929, p. 147-158.)
- DESNETTE-ADAM. — *Arch. of. Intern. Médic.*, 1921.
- GELLÉ. — *Thèse de Lille*, 1905.
— *Bull. Soc. Anat.*, 1910.
— *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1913.
— *Asch. Méd. Exp. et Anat. pathol.*, 1913.
- GILBERT et CARNOT. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1909.
- GIMBERT. — *Thèse*, Lyon, 1902.
- JABOULAY. — *In Thèse de De Charette*.
- JACCOUD. — *Clinique de la Pitié*.
- LABÉ (M.). — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1910.
- LAGUESSE. — *Revue génér. d'Histologie*, art. Pancréas.
- LÉPINE. — *Archive inéd. exp.*, 1891-1892.
— *Revue de Médecine*, 1892.
— *Lyon Médic.*, 1907.
- LANDAU. — Un cas de cancer de la tête du pancréas évoluant avec sténose duodénale sans ictère, ni selles graisseuses. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, 1928.)

- LERICHE. — *Lyon Chirurgical*, 1910.
- LESIEUR et GARIN. — *Lyon Médical*, 1908.
- LUCRON. — *Thèse*, Paris, 1893.
- MALUS. — *Thèse*, Paris, 1909-1910.
- MALLET-GUY. — *Thèse*, Lyon, 1924-1925.
- MARMOSTEIN. — *Revue de Médecine*, 1907.
- MIRALLIÉ. — *Gaz. des Hôp.*, 1893. (Voir la bibliographie de cet auteur.)
- MASSARY (E.). — Cancer primitif de la tête du pancréas (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, LXII, 1887, p. 743).
- MICHELEAU. — *Bull. Soc. de méd. et chir. Bordeaux*, 1924, p. 964.
- MINET. — Cancer et lithiasé du pancréas (*Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1918).
- NORBESHUBER. — Differential diagnostic of carcinoma of head of pancreas and othe pancreatic diseases (*Wien Klin. Woch.*, 14 février 1929, p. 200).
- OLMER. — *Soc. Méd. des Bouches-du-Rhône*, 1926.
- PARISOT. — *Thèse*, Paris, 1892.
- PERDU. — *Thèse*, Lyon, 1893.
- PIC et TOLOT. — *Prov. Médicale*, 1900.
- POLOSSE et BOYER. — *Soc. de Méd. et Sciences méd.*, 6 novembre 1929.
- RAMOND. — Cancer de la tête du pancréas (*Presse Médicale*, avril 1929).
- RAMOS et COCHEZ. — *Revue de Méd.*, 1887.
- RIMBAUD, BOULET et JANBON. — Cancer de la tête du pancréas (*Bull. Soc. des Sciences méd. et biol. Montpellier*, 1924, p. 288).
- ROUX-LACROIX. — *Soc. Méd. des Bouches-du-Rhône*, 1926.
- SAUVÉ. — *Revue de Chirurgie*, 1908.

SEGRÉ. — *Anali Universali di Medic.*, 1881.

TRICOMI. — In article de Sauvé.

Traité de Médecine. — Debove, Achard, Enriquez, Bergé, Laffite et Lamy; Charcot, Bouchard et Brissaud; Brouardel et Gilbert; Sergent, Ribadeau Dumas et Babonneix ; Roger Widal, Teissier.

URRUTIA. — La retention pancreatica en el cancer de la cabeza del pancreas y en la pancreatidie cronica (*Revista med. y cir.*, 1918, CXX).

WANDERVELDE. — Cancer de la tête du pancréas (*Belgique méd.*, 1906, p. 287).

WALKER. — Carcinoma of head of pancreas (*New England Journal Med.*, 15 août 1929, p. 291).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER.	
Observations	21
CHAPITRE II.	
Les cancers du pancréas sans ictère.....	55
Cancer de la tête du pancréas sans ictère avec cholédoque extra-pancréatique	56
Cancer de la tête du pancréas avec cholédo- que traversant la tête du pancréas	57
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



